



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação

Débora Patrício de Aquino Ramires Martins

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação

Débora Patrício de Aquino Ramires Martins

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.
(Augusto Cury)

AGRADECIMENTOS

Neste percurso de enorme crescimento e aprendizagem, muitos foram aqueles que caminharam a meu lado, a quem não posso deixar de agradecer.

À Professora Doutora Maria Dulce Santiago, pela partilha de conhecimentos e experiência, apoio e orientação na execução e conclusão de todas as etapas deste percurso.

Às enfermeiras orientadoras, pela partilha de experiências e conhecimentos e pela confiança que depositaram em mim, que tornaram possível a concretização dos objetivos pessoais delineados.

Aos meus pais, principais impulsionadores de todo este projeto. Obrigado por toda a confiança, incentivo e ânimo. Obrigado por todas as palavras e por me demonstrarem que mesmo nas horas mais difíceis, eu sou capaz!

À minha irmã e avó pelo apoio incondicional e por compreenderem as minhas ausências neste período.

À minha bisinha, por me demonstrares e partilhares comigo a tua força inigualável, por tudo o que foste e és para mim!

À minha amiga e companheira desta jornada C.V pelas palavras de incentivo e apoio incondicional nos momentos de fraqueza. Por todo o companheirismo e amizade demonstrada.

A vocês K.F e M.I pelo apoio incondicional e por todas as palavras e sorrisos que me deram alento.

RESUMO

O presente relatório visa a reflexão crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas no Estágio Final, onde se destaca o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção Profissional. O estágio realizou-se num serviço de urgência, tendo o projeto como tema central os cuidados à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação.

O trauma é considerado um grave problema de saúde pública, sendo a otimização dos cuidados à pessoa politraumatizada potenciada através de uma abordagem sistematizada e organizada. Neste sentido, impõe-se a criação de estratégias para a uniformização dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação, afigurando-se simultaneamente como crucial na promoção da segurança e melhoria dos cuidados prestados nestas situações.

Neste relatório é ainda realizada análise da aquisição e desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e competências de mestre, ao longo do percurso formativo.

Palavras-Chave: Traumatismo Múltiplo, Enfermagem em Emergência, Segurança do paciente.

ABSTRACT

This report aims at a critical and reasoned reflection of the activities carried out in the Final Stage, in which the development of a Professional Intervention Project is highlighted. The internship took place in an emergency service, with the project as the central theme of care for the trauma victim in the resuscitation room.

Trauma is considered a serious public health problem, and the optimization of care for the polytraumatized person is enhanced through a systematized and organized approach. In this sense, it is necessary to create strategies for the standardization of nursing care for the trauma victim in the resuscitation room, and at the same time it is crucial in promoting safety and improving the care provided in these situations.

In this report is also performed analysis of the acquisition and development of common skills of specialist nurse, specific nurse specialist in critical situations and master skills, along the training course.

Keywords: Multiple Trauma, Emergency Nursing, Patient Safety

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	20
1.1. CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE	20
1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE.....	22
1.2.1. Estrutura Física	23
1.2.2. Recursos Humanos	26
1.2.3. Análise da População	28
1.2.4. Análise da Produção de Cuidados	29
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	31
2.1. FUNDAMENTAÇÃO	31
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEITUAL E TEÓRICO	36
2.2.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	36
2.2.2. Pessoa em Situação Crítica.....	38
2.2.3. Trauma.....	39
2.2.4. Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma.....	41
2.3. OBJETIVOS	53
2.4. METODOLOGIA	54
2.4.1. População-Alvo.....	55
2.4.2. Estratégias de Intervenção	59
2.4.3. Considerações Éticas.....	60
2.5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
2.6. CONCLUSÃO	63
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE	65
COMPETÊNCIAS	65
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E	
COMPETÊNCIAS DE MESTRE	67
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM	
ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE	
MESTRE.....	83
4. ANÁLISE DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	95
5. CONCLUSÃO	96
BIBLIOGRAFIA.....	98

LISTA DE SIGLAS

ABCDE - *Air Way, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESES – Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

AMPLA - Alergia, Medicamentos de uso habitual, Passado médico, Líquidos e alimentos ingeridos recentemente, Ambiente e eventos relacionados com o trauma.

APA - *American Psychological Association*

ARS – Administração Regional de Saúde

ATLS - *Advance Trauma Life Support*

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CHAMU - Circunstância em que o evento ocorreu, historial médico anterior, alergias, medicação habitual e última refeição

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

CT – Centro de Trauma

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

ECG – Escala de Coma de Glasgow

ENA - *Emergency Nurses Association*

EPE – Entidade Público-Empresarial

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FGHI - Avaliação dos Sinais Vitais, Intervenções Focalizadas e Presença da Família; Medidas de Conforto; História; Inspeção de superfícies posteriores

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS - *Internacional Trauma Life Support*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PE – Projeto de Estágio

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

RE – Relatório de Estágio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SR – Sala de Reanimação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TNCC - *Trauma Nursing Core Course*

UC – Unidade Curricular

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE ABREVIATURAS

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

h. - horas

Km - Quilómetros

mmHg – Milímetros de mercúrio

n.^o - Número

p. – Página

pp. - Páginas

PaO₂ - Pressão Arterial Parcial de oxigénio

SpO₂ - Saturação Periférica de Oxigénio

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHUA – Unidade de Faro	CVII
Anexo B – Certificado de Presença no III Congresso da Seção Regional do Sul da OE	CIX
Anexo C – Certificado de Presença no <i>Workshop</i> : Oxigenoterapia de Alto Fluxo	CXII
Anexo D – Certificado de Interveniente: Abordagem ABCDE na pessoa com cetoacidose diabética – caso fictício	CXIV
Anexo E - Certificado de Interveniente: A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva	CXVI
Anexo F – Certificado de Participação: Suporte Básico de Vida	CXVIII
Anexo G – Certificado de Participação: Suporte Avançado de Vida	CXX
Anexo H – Certificado de Participação: <i>Advanced Provider Course</i>	CXXII

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A - Projeto de Estágio SUP do CHUA – Unidade de Faro	CXXV
Apêndice B – Questionário aplicado à Equipa de Enfermagem do SUP do CHUA – Unidade de Faro	CXLVI
Apêndice C – Planeamento de PIP: Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação	CLI
Apêndice D - Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem: Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação	CLVIII
Apêndice E – Livro Temático: Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação	CLXXIII
Apêndice F – Artigo Científico: Intervenção de Enfermagem na abordagem à pessoa politraumatizada	CCXXIII
Apêndice G – Poster Científico: Abordagem ABCDE na pessoa com cetoacidose diabética – caso fictício	CCXXVII
Apêndice H – Poster Científico: A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva	CCXXIX
Apêndice I – Projeto de Formação em Serviço: Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico	CCXXXI
Apêndice J – Formação em Serviço: Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico	CCLXV
Apêndice K – Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem: Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico	CCLXXXII
Apêndice L – Plano de Sessão da Formação em Serviço: Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção	CCLXXXVIII
Apêndice M – Formação em Serviço: Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção	CCXCI

Apêndice N – Poster: Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção	CCCVII
Apêndice O – Artigo Científico: A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva	CCCIX
Apêndice P – Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA – Unidade de Faro para o Serviço de Medicina 2B	CCCXIII
Apêndice Q – Cartões de Ação do Plano de do CHUA – Unidade de Faro para o Serviço de Medicina 2B	CCCXV
Apêndice R – Cronograma de Atividades	CCCXX

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Género das Pessoas Vítimas de Trauma por Acidente de Viação admitidas no SUP do CHUA – Unidade de Faro no ano 2018.....	32
Gráfico 2 – Intervalo de idades das Pessoas Vítimas de Trauma por Acidente de Viação admitidas no SUP do CHUA – Unidade de Faro no ano 2018	33
Gráfico 3 – Destino das Pessoas Vítimas de Trauma após cuidados imediatos no SUP do CHUA – Unidade de Faro no ano 2018	33
Gráfico 4 – Serviços de Transferência das Pessoas Vítimas de Trauma após cuidados imediatos no SUP do CHUA – Unidade de Faro no ano 2018	34
Gráfico 5 – Tempo de Experiência dos Enfermeiros no SUP do CHUA – Unidade de Faro	56
Gráfico 6 – Enfermeiros com Curso de Trauma.....	57
Gráfico 7 – Perceção dos Enfermeiros acerca da pertinência do tema alvo de intervenção.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Área de influência do CHUA	21
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de Ativação da Equipa de Trauma	41
Quadro 2 – Abordagem ABCDE	44
Quadro 3 – Procedimento de Enfermagem perante uma Pessoa Vítima de Trauma	50

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular (UC) Relatório surge no âmbito do 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica, que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. O Curso de Mestrado em Enfermagem encontra-se regulamentado em Diário da República, n.º 84/16, 2ª Série, pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio (Ministério da Educação e Ciência, 2016).

O Relatório de Estágio (RE) corresponde a um trabalho de descrição e reflexão crítica e fundamentada acerca das atividades desenvolvidas em âmbito de Estágio, destacando a forma como o percurso formativo contribuiu no processo de aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e competências de mestre (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES], 2016).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a, p. 8656). Deste modo, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são bastante complexos e exigentes de forma a “prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (ibidem).

De forma a assegurar o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, realizou-se o Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica na Unidade de Cuidados Intermédios (UCint) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) - Unidade de Faro e o Estágio Final no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do mesmo hospital.

O Estágio Final visa o desenvolvimento e aprofundamento de competências na área de especialização (AESES, 2016), tendo decorrido no SUP sob orientação da Enfermeira BP, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e da Professora Doutora Maria Dulce Santiago, também especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Todo o percurso de aprendizagem foi pautado por pesquisa científica rigorosa e por reflexão crítica e permanente, em busca da excelência do cuidado.

No decorrer do estágio final foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) subordinado ao seguinte tema: Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação. Este tema surgiu após identificação de necessidade de intervenção no SUP, onde diariamente são admitidas pessoas vítimas de trauma. De forma a delimitar o âmbito do tema, decidiu-se incluir no estudo apenas as vítimas de trauma causado por acidente de viação, pois segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a maioria dos casos de trauma são consequência de acidentes de viação (INEM, 2012). O PIP desenvolvido insere-se na linha de investigação e ação deste Mestrado em Enfermagem “Segurança e Qualidade de Vida”.

O trauma é definido como uma lesão por transferência de energia, superior à tolerada pelo corpo, que pode ocorrer nos tecidos ou nos órgãos (*Emergency Nurses Association* [ENA], 2007), sendo considerado uma doença, em que o hospedeiro é o doente e o vetor de transmissão, o automóvel, a arma, entre outros (*Advance Trauma Life Support* [ATLS], 2018). Estudos previamente efetuados revelam que, Portugal apresenta uma taxa de mortalidade por acidentes bastante superior à de outros países europeus, pelo que, é imprescindível que todos os profissionais de saúde conheçam a cadeia de sobrevivência e abordagem a estas vítimas (Ordem dos Médicos, 2009).

As vítimas de trauma ao serem admitidas num Serviço de Urgência (SU), são na sua maioria alocadas ao setor sala de reanimação (SR), até avaliação das lesões e estabilização clínica. A SR é parte integrante de qualquer SU e visa a avaliação e prestação de cuidados imediatos à pessoa em situação crítica, pelo que se deve encontrar sempre preparada para a receção de novos doentes.

O processo de análise e reflexão desenvolvido neste Relatório será efetuado à luz da Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, a qual defende que as transições ocorrem após

mudança nas pessoas ou nos ambientes em que estas estão inseridas, sendo desencadeadas por eventos críticos. As transições podem ser do tipo saúde-doença, de desenvolvimento, situacionais ou organizacionais, correspondendo a um processo de mudança de um estado de saúde para outro, não sendo esta mudança necessariamente o aparecimento de uma doença (Meleis, 2010).

Para a realização do presente relatório, foram delineados os seguintes objetivos: Realizar uma apreciação do contexto de Estágio; Explanar as diversas etapas de realização do PIP desenvolvido no SUP do CHUA – Unidade de Faro; Analisar criticamente o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e competências de mestre.

O relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: inicialmente será apresentada uma breve caracterização do contexto clínico (CHUA), seguindo-se a caracterização do local onde foi realizado o estágio final (SUP). Seguidamente será apresentado o PIP desenvolvido, realizando-se primeiramente uma fundamentação, seguindo-se o enquadramento conceptual e teórico, a definição de objetivos, a descrição da metodologia utilizada, os resultados obtidos e discussão dos mesmos e as conclusões obtidas. Posteriormente apresentar-se-á a análise reflexiva acerca da aquisição e desenvolvimento de competências já mencionadas, relacionando-as com as atividades desenvolvidas no decorrer do percurso formativo. Finalmente, será apresentada uma breve conclusão da execução do relatório e a bibliografia.

De referir que o mesmo se encontra organizado de acordo com as regras dispostas no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, bem como das orientações emanadas no documento de planeamento do Estágio Final e do Relatório, referentes à área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. A sua elaboração encontra-se de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e as normas de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA), 6ª edição.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

1.1. CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

O Centro Hospitalar do Algarve (CHA), E.P.E. foi criado pelo Decreto-Lei (DL) n.º 69/2013 de 17 de maio, resultando da fusão entre o Hospital de Faro, de Portimão e de Lagos (Ministério da Saúde, 2013a). Mais tarde, no Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto, foi alterada a designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), E.P.E., tendo sido nomeado como entidade responsável pelo Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS), até então entregue à Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve (Ministério da Saúde, 2017).

O CHUA é parte integrante do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e “constitui-se como uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial” (Ministério da Saúde, 2017, p. 4973). Trata-se da única instituição hospitalar pública na região do Algarve, integrando assim, o setor público-empresarial (Ministério da Saúde, 2017).

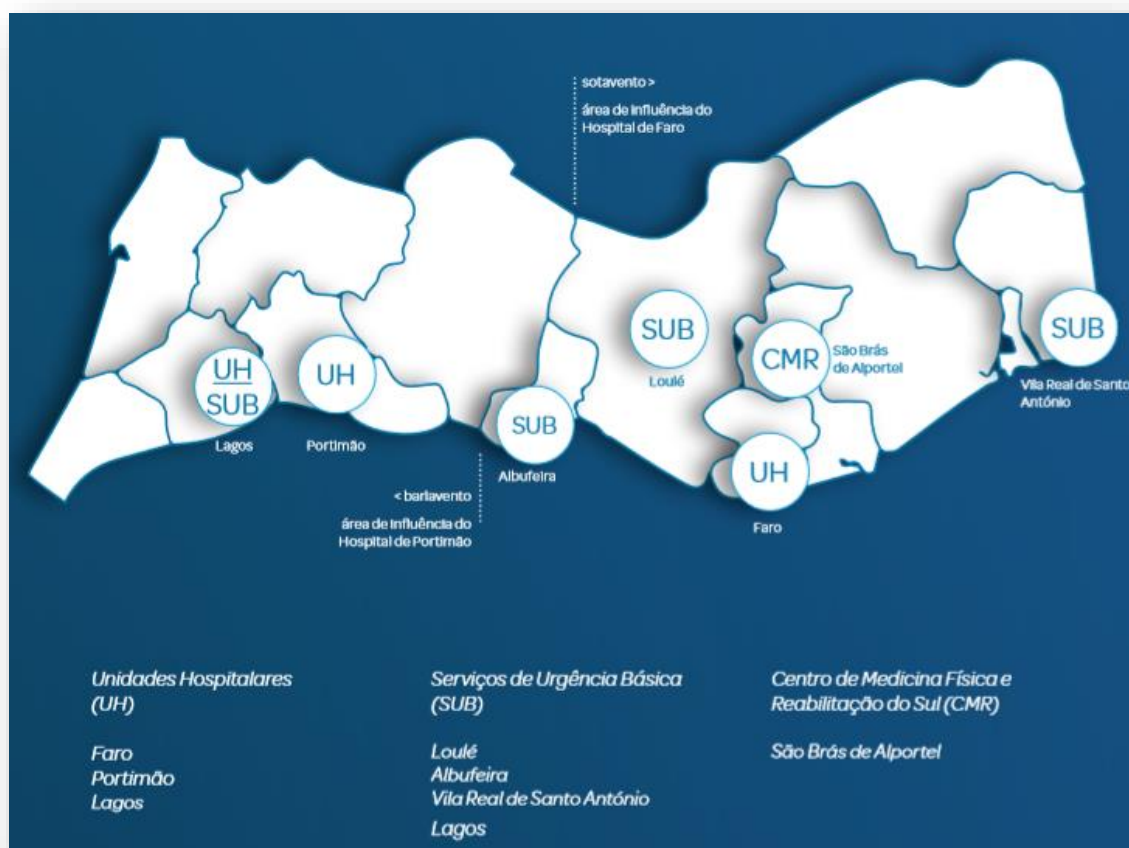
A missão do CHUA é “prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação” (Ministério da Saúde, 2017, p. 4972).

O CHUA é composto pelas seguintes estruturas: Unidade de Faro, Unidade de Portimão e Unidade de Lagos, Serviços de Urgência Básica (SUB) de Vila Real de Santo António, Loulé e Albufeira e pelo CMFRS, correspondentes a um território bastante extenso de cerca de 140 km. Possui uma estrutura orgânica constituída em primeira instância pelo Conselho de Administração com serviço de auditoria interna e por um conselho executivo com fiscal único. A sua organização divide-se em serviços clínicos departamentalizados, do qual fazem parte o departamento de cirurgia, departamento de emergência, urgência e cuidados intensivos, departamento materno-infantil, departamento de medicina e departamento de psiquiatria e saúde mental; em serviços clínicos não departamentalizados (anatomia patológica, anestesiologia, imuno-hemoterapia, serviço de convalescença hospitalar, medicina física e reabilitação, patologia clínica e radiologia); e serviços de apoio constituídos pelos serviços de apoio à

prestação de cuidados; serviços e gabinetes de apoio à gestão e logística geral; e por comissões técnicas e órgãos consultivos (CHUA, 2017).

É da sua responsabilidade a prestação de cuidados de saúde diferenciados a uma população de cerca de 440.000 habitantes, correspondentes a 16 concelhos do Algarve (Figura 1), valor este que sofre um aumento significativo no pico sazonal turístico (CHUA, 2019a).

Figura 1 – Área de influência do CHUA



(Fonte: CHUA, 2018a)

Esta unidade hospitalar colabora com várias universidades nas áreas médica, de enfermagem e de ciências da saúde, na formação contínua dos seus profissionais (CHUA, 2019a).

A Unidade de Faro do CHUA tem vindo a sofrer várias alterações de estrutura física e organização, de forma a melhorar a sua resposta assistencial. Neste momento a unidade é constituída por 5 edifícios, que são os seguintes: Edifício 1 constituído por 8 pisos e considerado como o edifício principal; Edifício 2 com 5 pisos onde se localizam as consultas externas, o serviço de cirurgia de ambatório, 3 serviços de internamento e o heliporto; Edifício 3 onde se localiza a Administração e Serviços Administrativos; Edifício 4 onde se encontra em funcionamento o Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria; e o Edifício do Lar do Hospital e Serviço de Saúde Ocupacional. De referir que os últimos 2 edifícios mencionados se encontram numa área distinta do hospital (CHUA, 2019b).

A Unidade dispõe de um total de 582 camas, 20 camas de Unidade de Convalescença, 34 berçários, podendo em situações que o exijam, colocar 30 camas extras, o que perfaz um total de 666 camas. O CHUA tem 4357 funcionários, sendo que destes 1558 são enfermeiros (CHUA, 2018a).

1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

No ano 2014 a Direção Geral de Saúde (DGS) emitiu o Despacho n.º 10319/2014, em que definiu os níveis de resposta da rede de SU segundo os seus recursos e capacidade de prestação de cuidados. Foram assim definidos 3 níveis de resposta que são os seguintes: Serviço de Urgência Básica (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O SU do CHUA funciona como SUP, sendo considerado o nível mais diferenciado de resposta a situações emergentes (CHUA, 2017). Segundo o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, os SUP funcionam concomitantemente como SUMC, considerado como 2º nível de acolhimento de situações emergentes. Assim, o SUP é considerado o serviço com maior grau de diferenciação técnica para o acolhimento de doentes urgentes/emergentes, funcionando como o hospital de referência para os SUMC e SUB, definido como o 1º nível de acolhimento (DGS, 2014).

Os SUP devem encontrar-se localizados nos hospitais gerais centrais, podendo funcionar como hospital de referência supra-regional ou regional, em determinadas

circunstâncias (DGS, 2001). Para ser considerado um SUP, a unidade deve dispor de todos os recursos referentes aos SUMC mencionadas no Despacho n.º10319/2014 publicado em Diário da República n.º 153/14, 2ª série, e ainda das valências de neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção com possibilidade de cateterismo cardíaco e angioplastia, pneumologia e gastroenterologia ambas com endoscopia, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, medicina intensiva, cirurgia maxilo-facial e cirurgia vascular, sendo que o CHUA não dispõe das últimas 2 valências mencionadas (DGS, 2014).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2015), “o serviço de urgência tem como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (ACSS, 2015, p. 1). Portugal dispõe de 38 SUB, 27 SUMC e 13 SUP, o que perfaz um total de 78 unidades que integram a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência. De referir que existem no nosso país 6 Centros de Trauma (CT) integrados nos SUP dos seguintes hospitais: Hospital Geral de Santo António, Hospital de São João, Hospital de São Pedro – Vila Real, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de Santa Maria e Hospital de São José (Ministério da Saúde, 2015c).

O SUP do CHUA – Unidade de Faro é parte integrante do departamento de emergência, urgência e cuidados intensivos e assiste todos os doentes com idade superior a 18 anos. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde urgentes/emergentes a todos os doentes e famílias, durante todos os dias do ano, 24 horas por dia. A filosofia de conduta do SUP é a humanização do atendimento na prestação de cuidados a todos os doentes/famílias que a ele recorrem (CHUA, 2019b).

1.2.1. Estrutura Física

O SUP localiza-se no 2º piso do edifício principal do CHUA – Unidade de Faro, tendo um acesso principal para as pessoas que vêm do exterior, e um acesso interno para as pessoas que se encontram dentro do hospital. Este serviço dispõe das seguintes valências: medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório 24 horas por dia, gastroenterologia, cardiologia de intervenção,

neurocirurgia, nefrologia com realização de diálise em situações agudas, medicina intensiva, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia e apoio das especialidades de cirurgia plástica e reconstrutiva, neurologia, oftalmologia, urologia e otorrinolaringologia, o que se encontra de acordo com aquilo que é preconizado para os SUP. O serviço encontra-se dividido em 3 áreas distintas, que são as seguintes: área de prestação de serviços, área administrativa e áreas de apoio (CHUA, 2019b).

Área de prestação de serviços:

- Sala de Espera de Triagem e de doentes triados com pulseira verde/azul/branca;
- 2 gabinetes de triagem;
- Sala de espera de doentes triados com pulseira amarela/laranja (sala 1);
- Sala de Reanimação/Diretos (SR);
- Balcão Médico-Cirúrgico 1 (para realização de procedimentos de enfermagem a doentes independentes ou sentados) – composto pelo balcão de enfermagem (sala 4) e pelo balcão médico (com 4 box de observação médica – salas 5 e 6);
- Sala de trauma (sala 7);
- Sala de otorrinolaringologia e oftalmologia (sala 8);
- Sala de pequena cirurgia (sala 9);
- Sala de espera para especialidades cirúrgicas (sala 10);
- Sala de ortopedia (sala 11);
- *Open Space* no qual se encontra a Unidade de Reanimação (box n.º 1 e 2), Sala de observação, denominada por OBS (com 4 espaços que permitem a monitorização contínua de doentes instáveis – box n.º 3, 4, 5 e 6); internamento SO (para doentes internados que aguardam vaga nos serviços de internamento – box n.º 7-11); e balcão Médico-Cirúrgico 2 (para realização de procedimentos de enfermagem a doentes em maca – box n.º 12-24 e A - H);

- UCint com capacidade máxima para 10 doentes que necessitam de vigilância contínua por instabilidade hemodinâmica.

Área Administrativa:

- Balcão de admissão;
- Secretariado;
- Gabinete do diretor clínico;
- Gabinete do enfermeiro chefe;
- Sala de reuniões;
- Gabinete médico da UCint;
- Núcleo de transportes.

Áreas de apoio:

- Copa;
- Armazém clínico;
- Sala de despejos;
- Casas de banho para profissionais (2);
- Casas de banho para utentes/familiares (5);
- Sala de banho assistido;
- Espólios;
- Sala técnica.

No SUP do CHUA – Unidade de Faro verifica-se a existência de todas as áreas recomendadas no Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, à exceção de uma sala destinada à comunicação com os familiares (DGS, 2004). Para este efeito, os enfermeiros, de modo a promover a privacidade dos doentes e seus familiares, utilizam uma das salas de triagem (quando não se encontra a ser utilizada) ou a sala de comunicação com familiares existente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

A entrada da pessoa neste serviço pode iniciar-se de 2 formas distintas. Se pessoa em situação crítica que necessita de cuidados imediatos em sala de reanimação, tem entrada imediata na sala. Caso contrário, a entrada da pessoa inicia-se no momento em que é realizada ficha de admissão, sendo de seguida chamada por um enfermeiro para a sala de triagem, onde lhe será atribuída uma pulseira de prioridade (utilizando um código de cores), segundo a escala de triagem de *Manchester*. A utilização desta escala de prioridades é de uso obrigatório em todos os SU, segundo o Despacho nº 19124/2005 de 17 de agosto, o qual veio preconizar a uniformização de procedimentos entre profissionais e equipas multidisciplinares (DGS, 2005).

1.2.2. Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar do serviço é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistente social, administrativos, vigilantes, nutricionista, funcionárias do serviço de limpeza e funcionárias do serviço de alimentação (CHUA, 2018b).

A equipa de Assistentes Operacionais é composta por 36 elementos, sendo que 25 elementos são do sexo feminino e 18 do sexo masculino (CHUA, 2018b).

A equipa de enfermagem deste serviço é composta por 89 enfermeiros, sendo maioritariamente jovem (com idade inferior a 30 anos). A equipa de enfermagem é composta por 58 pessoas do sexo feminino e 31 pessoas do sexo masculino, sendo que 3 elementos possuem curso de mestrado, 9 elementos têm pós-licenciatura de especialização (3 em enfermagem de saúde comunitária, 2 em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, 2 em enfermagem de reabilitação e 3 em enfermagem médico-cirúrgica) e 4 elementos tem curso de pós-graduação (2 em supervisão clínica e 2 em

urgência e doente crítico). Para organização do serviço, esta equipa subdivide-se em 5 equipas, sendo uma delas, a equipa da UCint (CHUA, 2019b).

Segundo o Despacho n.º 10319/2014 é preconizado que cada serviço de urgência deve contemplar, na sua equipa de enfermagem, que todos os enfermeiros possuam curso de SAV e que pelo menos 50% dos profissionais possuam competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (DGS, 2014). Tal situação, não é observada no SUP do CHUA – Faro, em que apenas 3 enfermeiros têm no seu currículo Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Em cada escala de trabalho são previstos para o turno da manhã um total de 15 enfermeiros, para o turno da tarde 15/16 enfermeiros e para o turno da noite 13 enfermeiros. No início de cada turno, os enfermeiros são distribuídos por sectores de trabalho assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados e realização de registos dos doentes alocados no seu sector: 1 ou 2 enfermeiros na triagem, 1 enfermeiro na SR, 2 enfermeiros no Balcão Médico-Cirúrgico 1, 1 enfermeiro no departamento de ortopedia/cirurgia, 1 enfermeiro no departamento de oftalmologia/otorrinolaringologia, 2 enfermeiros no Balcão Médico-Cirúrgico 2, 1 enfermeiro na sala de observação - OBS, 1 ou 2 enfermeiros no serviço de internamento SO, dependendo do número de doentes internados, e 3 enfermeiros na UCint.

A OE criou a Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro), de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, assegurando a segurança e satisfação dos doentes. Com esta norma é pretendido adequar o número de enfermeiros necessários face à complexidade dos doentes. Para o SU, este cálculo deve ser realizado para cada posto/setor de trabalho, com base na casuística e procura ao longo dos dias, semanas e meses. Assim sendo, o n.º de enfermeiros necessários em cada setor pode sofrer múltiplas variações ao longo dos tempos, principalmente no pico sazonal turístico durante o Verão (OE, 2014). Constatou-se, no caso do SUP do CHUA – Unidade de Faro, que o n.º de enfermeiros distribuídos por setor não varia tendo em conta a afluência, o que faz com que muitas vezes o n.º de profissionais seja inferior aquilo que seria expectável.

A equipa utiliza a metodologia individual de trabalho. Em cada turno é nomeado um enfermeiro responsável, designado por chefe de equipa, o qual assume responsabilidades a nível da gestão de cuidados, gestão dos recursos humanos, gestão de recursos materiais e promoção de um bom ambiente de trabalho, devendo este colaborar na prestação de cuidados nos diversos setores, especialmente, aquando da admissão de doentes na SR (CHUA, 2018b).

1.2.3. Análise da População

No SUP são prestados cuidados de saúde a todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. Neste serviço não existem critérios de admissão, exceto o fator idade, pelo que o tipo de patologias das pessoas admitidas é sempre imprevisível.

A entrada das pessoas no SUP inicia-se no momento em que é realizada ficha de admissão no posto administrativo. Posteriormente, são chamadas pelo enfermeiro para o gabinete de triagem, exceto em situações de pessoa em situação crítica a necessitar de cuidados emergentes, que têm entrada imediata na sala de reanimação. Através do sistema de triagem de *Manchester*, o enfermeiro através dos sinais e sintomas documentados pela pessoa (se consciente), como aqueles que a levaram a recorrer ao SUP, atribui a esta uma prioridade clínica. No caso da pessoa se encontrar inconsciente ou sem capacidade de documentar os sinais e sintomas que o levaram a recorrer ao SUP, estes são documentados por familiares, bombeiros ou técnicos de emergência, conforme situação. A prioridade clínica atribuída pode corresponder a uma das 5 cores seguintes: vermelho, que corresponde a situação emergente que necessita de tratamento imediato, sendo o tempo alvo previsto de atendimento igual a 0 minutos; laranja que corresponde a uma situação muito urgente, que necessita de atendimento praticamente imediato, sendo o tempo alvo de 10 minutos; amarelo que corresponde a uma situação urgente, que necessita de atendimento rápido mas que pode aguardar, sendo o tempo alvo de 60 minutos; verde que corresponde a situação pouco urgente, em que a pessoa pode aguardar atendimento ou ser encaminhada para outros serviços de saúde, sendo o tempo alvo de 120 minutos; azul que corresponde a situação não urgente em que a pessoa também pode aguardar atendimento ou ser encaminhada para outros serviços de saúde, sendo o tempo alvo de 240 minutos (Grupo Português de Triagem, 2015).

A realização do sistema de triagem exige a execução de uma avaliação rápida, sistemática e rigorosa da pessoa, pelo que, só poderá ser realizada por enfermeiros com experiência profissional em serviço de urgência superior a 6 meses e após frequentarem o curso de Triagem de *Manchester* (Grupo Português de Triagem, 2015).

Após a triagem, o enfermeiro tem um papel preponderante no correto encaminhamento da pessoa para o setor do SUP que preste os cuidados mais adequados à sua situação clínica. Assim, a pessoa pode seguir várias direções, pois se for triada de vermelho ou acompanhada pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) segue para a sala de reanimação; se triada de amarelo/laranja mas apresentar critérios de gravidade ficará na antecâmara da sala de reanimação; se triada de amarelo/laranja e for independente fica na sala 1; se triada de verde/azul ou branco fica na sala de espera exterior; se pessoa acamada ou com necessidade de permanecer deitada em maca, independentemente da triagem atribuída vai para a sala de decisão clínica, mais concretamente para o setor designado como balcão 2. Se pessoa que necessita de vigilância hemodinâmica contínua, mas não tem critérios de admissão em sala de reanimação, fica alocada à sala de observação – OBS (CHUA, 2019b).

1.2.4. Análise da Produção de Cuidados

Na região do Algarve, a única entidade hospitalar pública e pertencente ao SNS é o CHUA, não existindo outras possibilidades de resposta face aos picos sazonais existentes nesta região (CHUA, 2018a). Segundo resultados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), o Algarve dispunha no ano de 2016 de mais de 440 mil pessoas residentes, valor este que sofre um acréscimo significativo nos picos sazonais.

De acordo com os dados da ACSS, documentados no Relatório de Gestão e Contas 2017, o Algarve foi a região com maior rácio de urgências por 100 000 habitantes. No entanto, foi verificado que apesar destes dados, o SUP realizou menos 10.454 atendimentos urgentes comparativamente ao ano anterior (CHUA, 2018a).

No ano 2017, foram registados no CHUA uma média de 346,720 de atendimentos de urgência, o que perfaz uma média de cerca de 950 atendimentos por dia. Destes atendimentos, cerca de 129,111 dos atendimentos foram realizados a nível do SUP,

94,352 foram realizados a nível do SUMC e cerca de 123,257 foram realizados a nível de SUB. Do número total de atendimentos, é possível verificar que cerca de 322,895 pessoas não necessitaram de internamento, o que dá uma percentagem de internamento de cerca de 6,9% após atendimento urgente. Deste atendimento, 38,1% das pessoas foram triadas com prioridade verde, azul ou branco, não sendo consideradas como urgentes (CHUA, 2018a).

De acordo com o último Relatório de Gestão e Contas do hospital, verifica-se que a capacidade de resposta do CHUA é insuficiente, situação agravada pelo envelhecimento da população que origina uma maior procura dos serviços de saúde. A região do Algarve apresenta valores de morte prematura superiores à média nacional dos últimos 5 anos, sendo de destacar a morte por causas externas (acidentes rodoviários) e envenenamentos, em que a região apresenta uma média muito superior à média nacional (CHUA, 2018a).

Face ao dado verificado acerca de situações de morte prematura por acidentes rodoviários no Algarve, revelou-se preponderante a realização de um PIP com vista à melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa vítima de trauma causada por acidentes rodoviários. Uma vez que os acidentes de viação, são considerados a maior causa de trauma (INEM, 2012), decidiu-se então incidir o projeto na uniformização dos cuidados à pessoa vítima de trauma, o qual será apresentado detalhadamente e analisado no próximo capítulo.

2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No presente capítulo irá ser apresentada a fundamentação da problemática subjacente ao desenvolvimento do projeto, bem como um enquadramento concetual e teórico, nomeadamente acerca da teoria de enfermagem que sustenta o seu desenvolvimento e a definição de conceitos fundamentais relacionados com o projeto. Posteriormente, surgirá a descrição das várias fases de execução do projeto, os resultados obtidos e as principais conclusões da sua realização e implementação.

2.1. FUNDAMENTAÇÃO

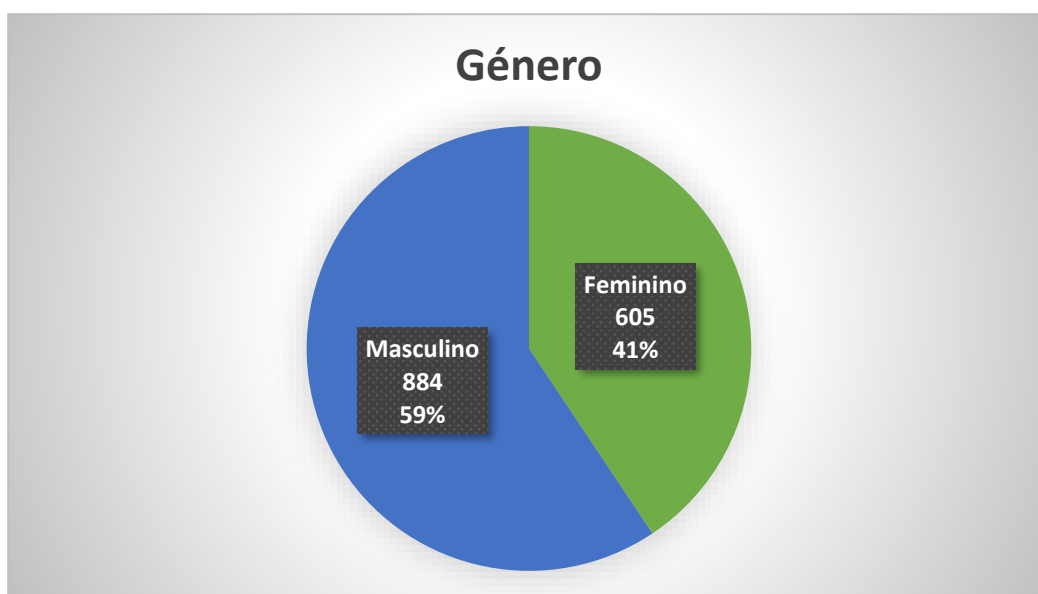
O PIP foi desenvolvido em contexto de Estágio no SUP do CHUA – Unidade de Faro tendo como tema a Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação. O tema surgiu após determinação de necessidade de intervenção no serviço mencionada de forma informal, por vários elementos da equipa e validada junto da Enf.^a Orientadora e do Enf.º Chefe e Supervisor do SUP. O seu desenvolvimento encontra-se inserido na linha de investigação e ação do mestrado “Segurança e Qualidade de Vida”.

Como forma de validar a pertinência do tema, foram solicitados à equipa administrativa do SUP, após autorização da Comissão de Ética do hospital para realização do projeto, os dados referentes às vítimas admitidas no decorrer do ano 2018 com diagnóstico de trauma por acidente de viação. Face ao elevado número de pessoas vítimas de trauma admitidas no SUP, revela-se primordial a adoção de estratégias que visem a prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente, a realização de normas de procedimento de enfermagem com vista à boa prática de cuidados.

Os dados solicitados à equipa administrativa do SUP acerca das vítimas admitidas no decorrer do ano 2018 com diagnóstico de trauma por acidente de viação foram alvo de análise em folhas de cálculo *Excel*. Através da sua análise, verificou-se que do total de vítimas (1489), a maioria destas é do sexo masculino, nomeadamente 884,

correspondendo a 59% das vítimas, e 605 vítimas do sexo feminino (41%), tal como se apresenta no gráfico seguinte (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Género das Pessoas Vítimas de Trauma por Acidente de Viação admitidas no SUP do CHUA - Unidade de Faro no ano 2018

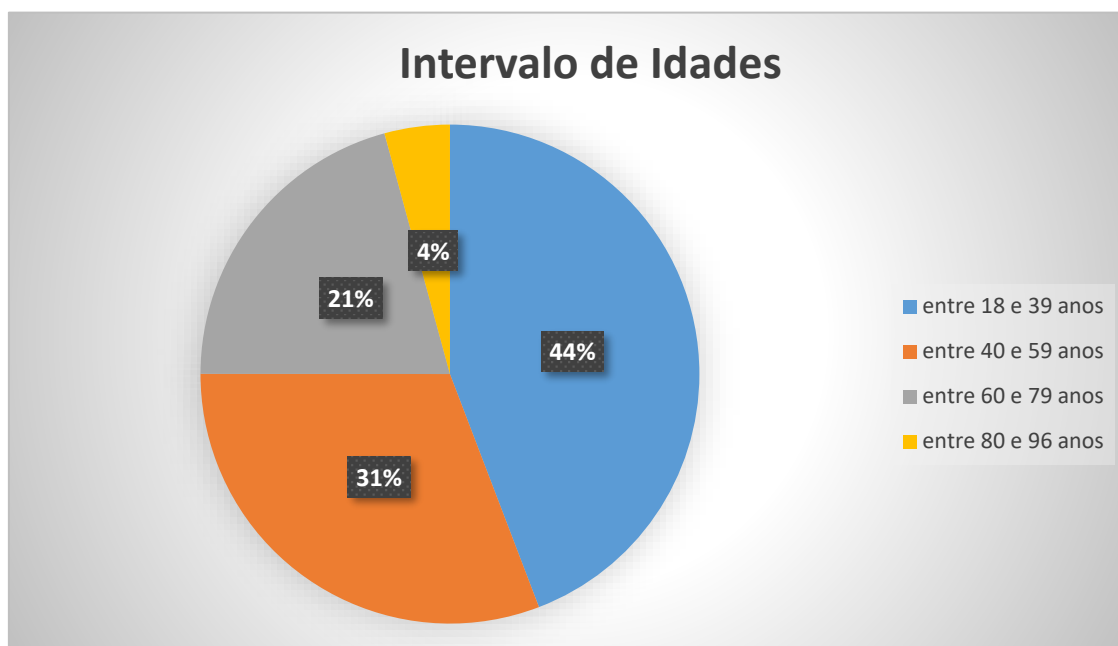


(Fonte: Elaboração Própria)

Da análise efetuada, foi possível verificar que a maioria das vítimas é jovem, sendo a média de idades de cerca de 45 anos. Tal dado, encontra-se em concordância com aquilo que a literatura nos diz pois segundo a DGS (2010) o trauma é, em Portugal, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, sendo a sua principal incidência em vítimas jovens.

No gráfico 2 é possível verificar que no ano 2018 foram admitidas no SUP do CHUA – Unidade de Faro, com diagnóstico de trauma por acidente de viação, 658 pessoas com idade compreendida entre os 18 e os 39 anos (44%), 459 pessoas com idade compreendida entre os 40 e os 59 anos (31%), 309 pessoas com idade entre os 60 e os 79 anos (21%) e 63 pessoas com idade superior a 80 e inferior a 96 anos (4%).

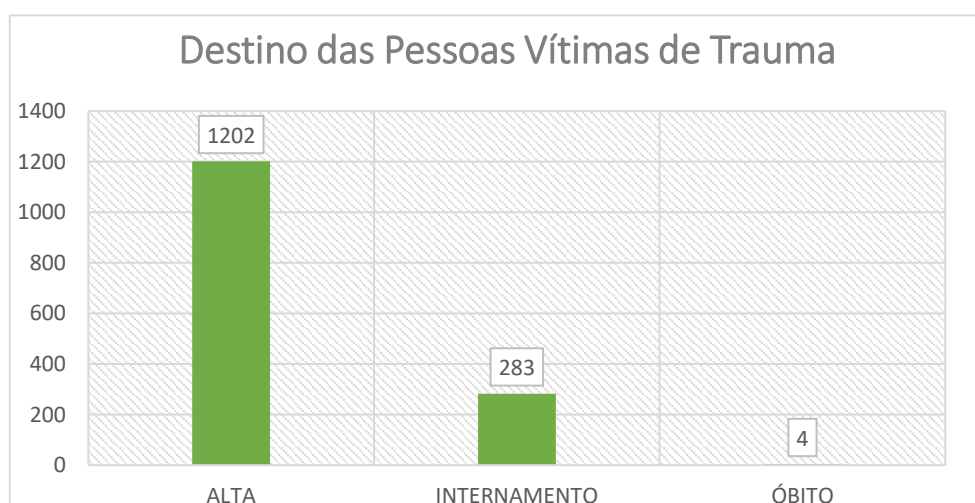
Gráfico 2 – Intervalo de idades das Pessoas Vítimas de Trauma por Acidente de Viação admitidas no SUP do CHUA – Unidade de Faro, no ano 2018



(Fonte: Elaboração Própria)

Do total de vítimas de trauma admitidas, existiram 283 que necessitaram de internamento hospitalar, enquanto 1202 não necessitaram de cuidados acrescidos. Verificou-se a ocorrência de 4 óbitos no total de vítimas de trauma por acidente de viação.

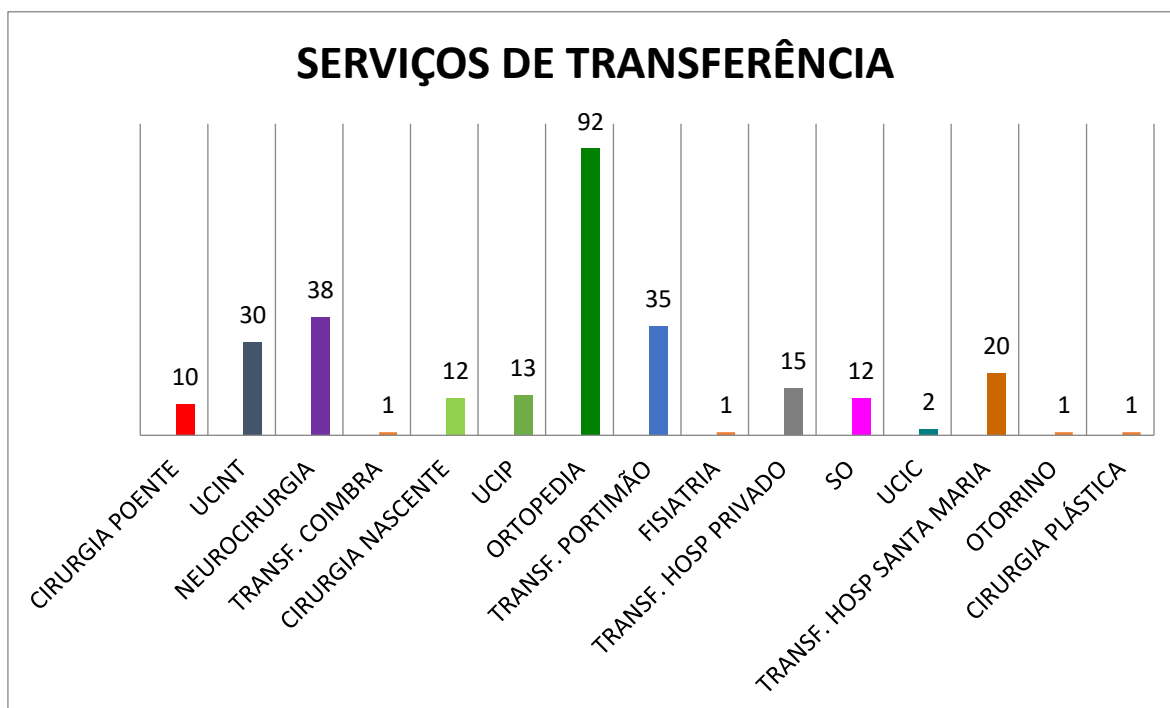
Gráfico 3 – Destino das Pessoas Vítimas de Trauma após Cuidados Imediatos no SUP do CHUA – Unidade de Faro no ano 2018



(Fonte: Elaboração Própria)

Das vítimas com necessidade de internamento, analisámos para que local foram transferidas após os cuidados imediatos na SR do SUP. Verificou-se assim que foram transferidas 10 pessoas para o serviço de cirurgia poente, 30 para a UCInt, 38 para a neurocirurgia, 12 para a cirurgia nascente, 13 para a UCIP, 92 para a ortopedia, 1 para a fisioterapia, 2 para a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), 1 para otorrino, 1 para cirurgia plástica e 12 ficaram no serviço de internamento SO do SUP. Verificaram-se ainda um total de 71 transferências para outras unidades hospitalares, sendo que destas, existiram 35 pessoas que foram transferidas para a Unidade de Portimão do CHUA, 1 para o Hospital Universitário de Coimbra, 15 para unidades hospitalares privadas e 20 pessoas para o Hospital de Santa Maria em Lisboa. Em seguida, apresentamos os dados descritos em forma de gráfico (gráfico 4).

Gráfico 4 – Serviços de Transferência das Pessoas Vítimas de Trauma após Cuidados Imediatos no SUP do CHUA – Unidade de Faro no ano 2018



(Fonte: Elaboração Própria)

Segundo o ATLS (2018), os acidentes de viação são a principal causa de morte em todo o mundo, ocorrendo maioritariamente em pessoas jovens, com idade inferior a 44 anos. Os acidentes de viação são a maior causa de trauma (55%), seguindo-se outro tipo de acidentes como os desportivos (22%), as quedas (17%) e agressões (6%) (INEM, 2012).

Os cuidados a pessoas vítimas de trauma, exigem da equipa de enfermagem, ações articuladas, integradas e contínuas. O enfermeiro, inserido na equipa multidisciplinar, deve colaborar na programação e realização dos cuidados, para responder às necessidades da pessoa cuidada, de forma holística (Santos, Santos, Oliveira, & Miranda, 2018). Deste modo, os enfermeiros têm o dever de procurar ferramentas que visem a melhoria dos cuidados prestados, desenvolvendo assim, raciocínio clínico e crítico, assegurando cuidados holísticos, tendo em consideração a complexidade, gravidade e apresentação de cada doente (Borges, & Brasileiro, 2018).

Grande parte das pessoas admitidas no SUP por trauma, é alocada à SR, sendo este um setor particularmente exigente de um SU pois requer uma abordagem rápida e execução de intervenções *lifesaving* às pessoas admitidas. Na SR são prestados cuidados de elevada complexidade tendo como objetivo primordial, a receção de pessoas em risco de vida eminente, provenientes do exterior ou de outras unidades de saúde, bem como, avaliar, reanimar e otimizar o estado da pessoa em situação crítica que posteriormente será transferida para o local de tratamento definitivo (Ordem dos Médicos, 2009). Dada a complexidade de cuidados prestados na SR, a equipa de profissionais alocada a este setor deve ser detentora de formação especializada, de forma a garantir uma resposta rápida às mais diversas situações de doença.

No SUP do CHUA – Unidade de Faro, a sala encontra-se situada à entrada, junto à box de triagem, tal como preconizado pela ACSS, que refere que a sala deve ter um “acesso direto a partir da entrada, sem passagem por outros espaços funcionais” (ACSS, 2015, p.1). Trata-se de uma unidade funcional com capacidade para admitir três pessoas em simultâneo. Apesar da importância do trabalho de equipa na abordagem à pessoa em situação crítica, o número de elementos na SR deverá ser restrito ao essencial, sendo que a comunicação entre os elementos deve ser realizada de forma clara e precisa, devendo o *team leader* distribuir tarefas pelos elementos afirmando o nome da pessoa que as deve executar. Este elemento deverá fazer entender que compreendeu o que lhe foi solicitado,

e após a execução da intervenção, deve comunicar que esta já se encontra realizada (Massada, 2002).

O serviço a que se dirige o presente projeto encontra-se disponível 24h por dia e recebe todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, sendo imprevisível o tipo de situações que irão ocorrer. De forma a contribuir no processo de tomada de decisão e na prestação de cuidados de qualidade, a OE defende a utilização de Guias Orientadores de Boa Prática (OE, 2007), que auxiliem a equipa multidisciplinar, nomeadamente, os enfermeiros, aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, garantindo um cuidado eficiente e humanizado.

2.2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO

Com a realização do enquadramento concetual e teórico pretende-se descrever os conceitos envolvidos na realização do presente projeto, bem como abordar a teoria de enfermagem adotada. Assim, será realizado um desenvolvimento dos seguintes conceitos: pessoa em situação crítica, trauma, abordagem à pessoa vítima de trauma, transpondo os conceitos à luz da teoria das transições de *Afaf Meleis*.

De referir que, no âmbito do trabalho realizado, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, incidindo nos cuidados de enfermagem à pessoa politraumatizada, que contribuiu para sustentar a realização do presente capítulo e de todo o projeto em geral.

2.2.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis

Para a execução do presente projeto foi escolhida como linha orientadora a Teoria das Transições de *Afaf Meleis*. Trata-se de uma teoria de médio alcance que visa fornecer uma base concetual para descrever, compreender e interpretar os fenómenos de enfermagem. É composta por 4 conceitos centrais: natureza das transições, condicionantes facilitadores e inibidores da transição, padrões de resposta e intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

Segundo Meleis (2010) as transições são desencadeadas por eventos críticos ou situações que causam mudança na vida ou no ambiente de alguém, sendo a Enfermagem considerada uma ciência que facilita a transição das pessoas para o estado saudável.

A transição é dependente da situação que causa mudança, podendo ser classificada em transição do tipo saúde/doença, desenvolvimental, situacional ou organizacional e é constituída por 5 propriedades: período de tempo, processo de mudança, desconexão, consciencialização e eventos críticos (Meleis, 2015). A transição situacional corresponde a mudanças que ocorrem no estado de alguém, podendo estas serem temporárias ou definitivas, e que requerem a reorganização de papéis e comportamentos, como por exemplo, o nascimento ou a morte de um familiar; a transição saúde-doença corresponde à mudança gradual ou súbita de um estado de saúde para um estado de doença aguda ou crónica, e vice-versa; a transição de desenvolvimento corresponde às mudanças naturais que acontecem no desenvolvimento de uma pessoa, como o período de adolescência, o momento da maternidade ou o processo de envelhecimento; e a transição organizacional ocorre quando existem mudanças num determinado ambiente, podendo estas ser de cariz político, económico, social ou na estrutura ou dinâmica de uma determinada organização (Meleis, 2010).

Os cuidados realizados por um enfermeiro a uma pessoa que atravessa um período de transição devem basear-se na compreensão do processo de transição e identificação das necessidades da pessoa naquele dado momento. Deste modo, é necessário que o enfermeiro possua competências no sentido de preparar as pessoas para as transições e ajudá-las a desenvolver estratégias adaptativas à mudança (Meleis, 2010).

As transições são complexas e multidimensionais e podem ser vividas de forma positiva, neutra ou negativa, sendo que a perceção do modo como o doente vivenciou a mudança é imprescindível, nomeadamente na compreensão da sua experiência e consequências na sua saúde. O processo de transição pode ser influenciado pelo seu significado, pelo nível de conhecimentos da pessoa que o vivencia, pelo meio em que a pessoa se encontra inserida, pelo planeamento da pessoa face à situação e pelo bem-estar físico e emocional vivenciado pela pessoa naquele dado momento (Meleis, 2010).

São indicadores de transições positivas os seguintes fatores: bem-estar subjetivo, mestria no desempenho de uma determinada função, bem-estar no desenvolvimento e

manutenção de relações, qualidade de vida, adaptação às diferentes situações, capacidade funcional, auto-atualização e transformação pessoal (Meleis, 2010).

2.2.2. Pessoa em Situação Crítica

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011a, p. 8656).

A pessoa em situação crítica exige por parte dos enfermeiros, cuidados contínuos e qualificados, que visem responder às necessidades afetadas pela situação de doença, de forma a prevenir possíveis incapacidades e complicações e contribuir na recuperação total da pessoa doente (OE, 2011a).

Na admissão em serviço de urgência de uma pessoa vítima de trauma causado por acidente de viação, esta é, na maior parte das situações considerada como pessoa em situação crítica, que necessita de cuidados imediatos. Assim os cuidados à vítima devem ser realizados segundo a mnemónica ABCDE (*Air Way, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*), a qual define as avaliações e intervenções a realizar, segundo o princípio de que o trauma mata de acordo com uma cronologia previsível (ATLS, 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, assume um papel preponderante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma, na medida em que é o profissional com competências acrescidas para a prestação de cuidados à vítima e sua família nas diversas fases que atravessa, nomeadamente na prevenção de situações de trauma, cuidados pré-hospitalares, cuidados hospitalares, e processo de adaptação e reabilitação da vítima (Richmond, & Aitken, 2011).

2.2.3. Trauma

Na análise da problemática do trauma foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, com base na evidência científica mais atual, nomeadamente através de artigos científicos publicados em bases de dados, circulares normativas em vigor e manuais de cursos certificados.

O trauma é considerado uma causa importante de mortalidade em todo o mundo. Corresponde a uma lesão cuja intensidade, extensão e gravidade pode ser variável, dependendo do agente que a causou e da forma como ocorreu (intencional ou acidental). Pode ser uma lesão temporária ou permanente, com incapacidades físicas e/ou mentais, podendo mesmo levar à morte (Borges, & Brasileiro, 2018).

Analisando a problemática do trauma à luz da teoria de *Afaf Meleis*, podemos verificar que se trata de uma transição do tipo saúde/doença, uma vez que a pessoa vítima de politraumatismo sofre uma passagem de um estado saudável para um estado de doença ou agravamento da sua condição de saúde prévia. Perante uma situação de trauma, são inúmeras as consequências que podem decorrer tanto para a pessoa como para a sua família, sendo imprescindível que o enfermeiro reconheça as mudanças que ocorrem, implementando cuidados dirigidos à situação que visem a satisfação das necessidades da pessoa, promovendo assim uma transição positiva.

A morte por trauma pode ocorrer em 3 períodos distintos, sendo que o primeiro período ocorre nos primeiros segundos ou minutos após a ocorrência, sendo designado por morte imediata, e resulta de situações de apneia causada por lesões graves nos principais órgãos e estruturas; o segundo período, denominado por morte precoce, ocorre alguns minutos ou horas (2 a 3 horas) após o evento, sendo consequência de causas evitáveis, tais como lesões secundárias devido a hipoxia, hemorragia ou inadequada perfusão ou oxigenação dos tecidos; o terceiro período, denominado por morte tardia, ocorre dias ou semanas após o evento traumático, devido a situações de falência multiorgânica/sépsis (ATLS, 2018). No 2ª período, surge o conceito de *golden hour*, pois uma rápida e adequada intervenção dos profissionais de saúde na primeira hora após a ocorrência do evento, aumenta substancialmente a possibilidade de sobrevivência (*Internacional Trauma Life Support [ITLS]*, 2016).

De forma a diminuir a morbilidade e mortalidade das pessoas vítimas de trauma é necessário que a abordagem e cuidados prestados a estas vítimas sejam cada vez mais eficazes (Mattos, & Silvério, 2012), pois a pessoa politraumatizada necessita de cuidados contínuos e especializados, desde o momento da admissão até à alta hospitalar (Santos, Santos, Oliveira, & Miranda, 2018). A realização de uma intervenção precoce e adequada pode contribuir positivamente no prognóstico das pessoas vítimas de trauma (DGS, 2010). Assim sendo, é importante que as instituições de saúde padronizem os cuidados prioritários a ter com as vítimas nas mais diversas situações (Borges & Brasileiro, 2018), por exemplo, através de normas orientadoras ou normas de procedimentos de enfermagem. A aplicação de protocolos irá minimizar o risco de erros no atendimento à vítima de politraumatismo, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Mattos, & Silvério, 2012).

Existem autores que destacam a importância do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, defendendo que existem intervenções realizadas por estes que contribuem na melhoria da qualidade de vida das vítimas, nomeadamente, através da estabilização fisiológica e resposta adequada face às lesões, diagnóstico e tratamento rápido e eficiente, prevenção de complicações, abordagem diferenciada da dor, promoção do auto-cuidado e antecipação de possíveis complicações (Richmond, & Aitken, 2011).

A DGS implementou a nível nacional a Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, a fim de seguir as recomendações do Departamento da Qualidade em Saúde, a qual defende a existência de uma equipa de trauma organizada em todos os serviços de urgência (DGS, 2010). No local onde o projeto foi desenvolvido, SUP do CHUA – Unidade de Faro, é preconizado na norma previamente mencionada que devem fazer parte da equipa de trauma, 2 enfermeiros com formação e experiência em Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte de Vida em Trauma, 1 médico intensivista, 1 anestesista, 1 cirurgião, 1 ortopedista, 1 neurocirurgião, 1 imagiologista e 1 assistente operacional (DGS, 2010). No CHUA, através da Circular Normativa número 308/18 de 22 de outubro, foi nomeada a Comissão de Trauma deste hospital (CHUA, 2018d), cumprindo assim as recomendações emanadas pela DGS. Esta equipa de trauma deverá ser ativada quando estão presentes os critérios definidos no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de Ativação da Equipe de Trauma

Sinais Vitais⁹ e Nível de Consciência:
• Frequência Respiratória < 10 ou > 29 ciclos / minuto
• SaO ₂ < 90% com O ₂ suplementar
• Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
• Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda > 2 pontos desde acidente
Anatomia da Lesão¹⁰:
• Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdômen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
• Retalho costal
• Fractura de 2 ou + ossos longos
• Fractura da bacia
• Fractura do crânio com afundamento
• Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
• Associação trauma + queimaduras
• Queimaduras Major / Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%
• Queimaduras com inalação
• Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés

(Fonte: DGS, 2010)

No SUP não existe uma norma orientadora elaborada e aprovada acerca dos cuidados à pessoa vítima de trauma, pelo que a sua realização é fulcral. Os cuidados à pessoa vítima de trauma devem ser realizados de forma rápida, precisa e sistematizada, visando um cuidado íntegro e humanizado que responda às necessidades humanas básicas da pessoa cuidada (Santos, Santos, Oliveira, Miranda, 2018). Deste modo, os enfermeiros têm o dever de procurar ferramentas que visem a melhoria dos cuidados prestados, desenvolvendo assim, raciocínio clínico e crítico, assegurando cuidados holísticos, tendo em consideração a complexidade, gravidade e apresentação de cada pessoa. É importante que as instituições de saúde padronizem os cuidados prioritários a ter com as vítimas nas mais diversas situações através de normas e protocolos (Borges, & Brasileiro, 2018).

2.2.4. Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Perante uma pessoa vítima de trauma, é fundamental a existência de trabalho em equipa multidisciplinar, sendo que cada um dos seus elementos deve compreender qual o seu papel e atividades a desenvolver em cada momento, existindo assim uma intervenção rápida para deteção de possíveis ocorrências e tratamento imediato das mesmas. Deste modo, verificou-se a importância de desenvolver este projeto que visa a construção de

ferramentas que suportem a boa prática dos cuidados de enfermagem, à luz da evidência científica mais atual, desenvolvida por meio da revisão integrativa da literatura realizada.

A otimização dos cuidados à pessoa politraumatizada é alcançada através do trabalho em equipa, sendo que, o número de casos de mortalidade e morbilidade pode ser diminuído através da capacitação dos enfermeiros, por meio da realização de sessões de formação ou da existência e utilização de guias orientadores da boa prática (ENA, 2007). Assim sendo, na abordagem à pessoa vítima de trauma, o enfermeiro deve, em primeira instância e em discussão com a restante equipa multidisciplinar, conhecer a cinemática e biomecânica envolvida no evento, conseguindo assim, prever possíveis lesões que possam ter ocorrido. Posteriormente, todos os elementos da equipa multidisciplinar envolvidos nos cuidados à vítima devem colocar o equipamento de proteção individual e iniciar a Avaliação Primária da Vítima, através da mnemónica ABCDE, desenvolvida pela *American College of Surgeons* e universalmente aceite e recomendada, sendo que esta avaliação visa a identificação e tratamento de lesões que possam colocar a vida da pessoa em risco iminente (Borges, & Brasileiro, 2018).

Após a realização da avaliação primária da vítima, a equipa multidisciplinar, nomeadamente, o enfermeiro, deve continuar a observação do estado da pessoa realizando a Avaliação Secundária da Vítima, um exame minucioso a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal, iniciado na região da face, crânio, pescoço, coluna cervical, tórax anterior, abdómen, região pélvica, membros superiores e inferiores e região dorsal (ATLS, 2018). Esta avaliação visa a procura de lesões de menor gravidade, bem como a avaliação dos procedimentos efetuados anteriormente e a execução de procedimentos (Mattos, & Silvério, 2012). O ENA preconiza que esta avaliação seja realizada segundo a mnemónica FGHI (Avaliação dos Sinais Vitais, Intervenções Focalizadas e Presença da Família; Medidas de Conforto; História; Inspeção de superfícies posteriores), de forma a minimizar a ocorrência de erros evitáveis que podem colocar em risco a segurança do doente (ENA, 2007).

Tanto a avaliação primária como a avaliação secundária da vítima, devem ser repetidas frequentemente, detetando precocemente possíveis deteriorações do estado da vítima. Sendo todo este processo de avaliação bastante minucioso, mas que requer concomitantemente alguma rapidez por parte de quem o executa, é crucial que os elementos da equipa multidisciplinar envolvidos nos cuidados à vítima, nomeadamente o

enfermeiro, possuam habilidades e elevada competência técnico-científica (Borges, & Brasileiro, 2018).

Após a realização de vários estudos, é afirmado nos dias de hoje que, o trauma mata de acordo com uma cronologia previsível. Assim, é importante que, perante uma vítima de trauma, haja uma avaliação rápida e precisa, estabilizando a pessoa segundo critérios de gravidade da situação. Preconiza-se assim que, perante uma vítima de trauma, seja assegurada uma abordagem sistematizada incluindo atividades como a preparação para receber o doente, triagem, exame primário, exame secundário, história do doente, reavaliação e monitorização da vítima, cuidados definitivos, registos e considerações ético-legais (Miranda, Mendes, Oliveira, & Santos, 2018). As diferentes intervenções a realizar na abordagem das vítimas devem obedecer à metodologia ABCDE-FGHI sendo que só se deve passar para a etapa seguinte quando a que a precede se encontra resolvida.

No decorrer da avaliação da vítima de trauma, o enfermeiro em discussão com a restante equipa multidisciplinar envolvida nos cuidados, avalia a resposta da vítima face às lesões, bem como às intervenções realizadas, sendo que o tratamento instituído deve ser ajustado face aos resultados esperados perante aquela determinada situação. Desta forma, é importante que os cuidados na abordagem à pessoa politraumatizada se encontrem uniformizados, assegurando a prestação dos melhores cuidados à pessoa que deles necessita.

Avaliação Primária da Vítima

Imediatamente após a admissão de uma pessoa vítima de trauma na sala de reanimação, o enfermeiro deve iniciar a avaliação primária da vítima, seguindo a mnemónica ABCDE, descrita no quadro 2.

Quadro 2 – Abordagem ABCDE

A	Via Aérea e Controle da Coluna Cervical
B	Ventilação e Oxigenação
C	Circulação e Controle de hemorragia
D	Disfunção Neurológica
E	Exposição e Controle de Temperatura

(Fonte: Elaboração Própria)

A – Via Aérea e Controle da Coluna Cervical

Assegurar a manutenção de uma via aérea permeável e manter oxigenação e ventilação eficazes, são primordiais na abordagem à pessoa vítima de trauma. O controle da cervical pressupõe a estabilização, alinhamento e completa imobilização da coluna (ITLS, 2016).

- Se a vítima não tiver colocado colar cervical, deve-se proceder inicialmente à estabilização manual da cervical, colocando em seguida o colar;
- Se existir necessidade de trocar/retirar/abrir o colar cervical, por exemplo, para abordagem da via aérea, é fulcral que a estabilização da coluna cervical seja realizada manualmente, mantendo a coluna cervical numa posição neutra;
- Realizar inspeção e palpação do pescoço identificando possíveis lesões, desvio da traqueia, ingurgitamento das jugulares, enfisema subcutâneo, fraturas traqueais ou laríngeas;
- Proceder a manobras manuais para permeabilização da via aérea (elevação do queixo ou subluxação da mandíbula) e detetar possíveis alterações (remoção de dentes soltos ou objetos estranhos);

- Aspiração de secreções, se necessário;
- Se respiração ineficaz, recorrer à utilização de adjuvantes da via aérea (tubo orofaríngeo, tubo nasofaríngeo) ou métodos invasivos (máscara laríngea, intubação traqueal ou cricotiroidotomia). Se necessidade de intubação, proceder inicialmente à ventilação do doente com insuflador manual e administrar terapêutica, incluindo indutor do estado de consciência;
- Se Escala de Coma de *Glasgow* (ECG) igual ou inferior a 8 pontos, ou dificuldade em compreender se doente é capaz de manter integridade da via aérea, deve ser colocada via aérea definitiva.

(ATLS, 2018)

B – Ventilação e Oxigenação

Nas pessoas vítimas de trauma, devem ser assegurados os cuidados necessários para a manutenção de uma Saturação Periférica de Oxigénio (SpO₂) superior a 95%, assegurando assim, a manutenção de uma pressão parcial de oxigénio (PaO₂) superior a 70 mmHg (ENA, 2007).

Assim, se a vítima apresentar claros sinais de dificuldade respiratória, deve-se proceder à administração de oxigénio imediato, utilizando preferencialmente, uma máscara de *Hudson*, vulgarmente conhecida como máscara de alto débito com reservatório (ATLS, 2018).

Nesta avaliação é importante a verificação da oximetria de pulso, inspeção do tórax (utilização de músculos acessórios, avaliação de frequência, amplitude e ritmo respiratório, verificar possíveis assimetrias, verificar deformidades, existência de pontos de dor) e auscultação e percussão do tórax (ENA, 2007).

Se a vítima apresentar uma frequência respiratória inferior a 8 ou superior a 35 ciclos por minuto, com depressão neurológica associada, deve-se iniciar suporte ventilatório (ENA, 2007).

É importante identificar precocemente situações que prejudicam rapidamente e a curto prazo, a manutenção de uma ventilação eficaz, nomeadamente: pneumotórax

hipertensivo, hemotórax maciço, pneumotórax aberto e traqueal ou lesões bronquiais. Deverá existir especial cuidado também em situações de pneumotórax simples, o qual se pode converter rapidamente em hipertensivo, nos casos em que a pessoa se encontra entubada e a ventilação é fornecida com pressão positiva antes de descomprimir o pneumotórax (ATLS, 2018).

Atenção: o desvio da traqueia e o ingurgitamento jugular são sinais tardios de compromisso respiratório (ENA, 2007).

C – Circulação e Controle de Hemorragia

Perante uma vítima de trauma, devemos ter sempre em atenção que a hemorragia é a principal causa de choque, pelo que devem ser considerados 3 importantes problemas circulatórios que são o volume sanguíneo, débito cardíaco e hemorragia (ATLS, 2018).

No decorrer de uma avaliação hemodinâmica rápida, através de observação clínica, devem ser analisados os seguintes fatores: nível de consciência, a qual sofre alterações quando a circulação da corrente sanguínea se encontra diminuída; perfusão da pele, pois a pele de coloração acinzentada ou extremidades frias e pálidas indicam hipovolémia; pulso, sendo que a taquicardia pode ser sinal de hipovolémia e a ausência de pulso central demonstra necessidade de ressuscitação cardio-respiratória (ATLS, 2018).

Devem ser identificados precocemente possíveis focos hemorrágicos, intervindo e antecipando possíveis complicações. Posteriormente deverá ser avaliado o pulso central e periférico (frequência, amplitude e ritmo; se pulso radial ausente, é um sinal de choque), a pele (humidade, temperatura e coloração), tempo de preenchimento capilar (normal se inferior a 2 segundos), realizar monitorização eletrocardiográfica, puncionar preferencialmente 2 acessos venosos periféricos de grande calibre (na impossibilidade de acesso periférico, ponderar acesso intra-ósseo ou cateter venoso central), realizar colheita de sangue para análises, identificar possíveis fontes de hemorragia oculta, administrar reposição volémica com solução cristaloide para garantir manutenção da tensão sistólica entre 80-100 mmHg e estabilizar possíveis fraturas de ossos longos, como a pélvis (ATLS, 2018).

Em situações de trauma grave, existe elevado risco de alterações de coagulação do sangue, pelo que é recomendado o início de administração de ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas após a ocorrência da lesão. Este encontra-se contraindicado nas seguintes situações: alergia ao ácido tranexâmico, antecedentes de doença renal crónica, antecedentes de tromboembolismo, gravidez no 1º trimestre, trauma há mais de 3 horas, idade da vítima inferior a 1 ano e antecedentes de lesão adquirida da visão cromática (ATLS, 2018).

D – Disfunção Neurológica

A disfunção neurológica é avaliada através da aplicação da ECG, avaliação da reação pupilar e avaliação da glicémia capilar (ATLS, 2018).

A diminuição do estado de consciência da vítima, determinada pelo decréscimo da pontuação na ECG, pode indicar diminuição da oxigenação e/ou perfusão cerebral ou presença de lesão cerebral. Deste modo, sempre que surge uma alteração no estado de consciência da vítima, deve ser realizada imediatamente avaliação da sua oxigenação, ventilação e estado de perfusão (ATLS, 2018).

E – Exposição e Controlo de Temperatura

Nesta última abordagem da avaliação primária, deve expor-se o corpo da vítima, verificando todas as lesões, garantido dentro do possível, a privacidade e dignidade da pessoa. Prevenir a hipotermia com recurso a meios de aquecimento externo e assegurar a descontaminação da vítima, se tiver ocorrido exposição a substância perigosa. Verificar se existem provas com necessidade de conservação segundo critérios da polícia judiciária (ITLS, 2016).

Após a realização do exame da vítima, cobrir a pessoa com cobertores quentes ou dispositivo de aquecimento externo, prevenindo situações de hipotermia. Os fluidos infundidos devem ser previamente aquecidos, exceto se componentes sanguíneos (ATLS, 2018).

Avaliação Secundária da Vítima

Após a realização da avaliação primária da vítima, bem como de todas as intervenções *lifesaving*, é crucial a realização da avaliação secundária da vítima. Esta avaliação é um exame detalhado da pessoa politraumatizada, realizado da cabeça aos pés, e visa a identificação de todas as lesões existentes, reavaliação de sinais vitais e recolha de informações acerca da história clínica do doente. No decorrer desta avaliação, deverá ser realizado um exame neurológico completo, incluindo a aplicação da ECG, exames radiológicos, exame físico da vítima e estudo laboratorial (ATLS, 2018).

A ENA preconiza que esta avaliação seja realizada segundo a mnemónica FGHI (ENA, 2007).

F – Avaliação de Parâmetros Vitais, Intervenções Focalizadas e Presença de Família:

- Avaliar/reavaliar sinais vitais;
- Realizar eletrocardiograma;
- Se doente entubado orotraquealmente, realizar capnografia;
- Se suspeita de lesão uretral (sangue no meato ou escroto, equimose perineal, suspeita de fratura pélvica), proceder a algaliação do doente;
- Vigiar e monitorizar débito urinário;
- Ponderar necessidade de sonda nasogástrica/orogástrica;
- Estudo imagiológico necessário;
- Promover a participação do familiar/pessoa significativa, se possível. Caso não seja possível a sua presença física, disponibilizar informações.

(ENA, 2007)

G – Promover Medidas de Conforto

Ter sempre em atenção que uma dor não controlada pode conduzir à instabilidade hemodinâmica de uma pessoa. Assim, deve-se proceder à avaliação da dor recorrendo ao uso de escalas de avaliação e ao seu controlo, de acordo com a condição da vítima, através de medidas farmacológicas ou de medidas não farmacológicas, como o toque terapêutico, acupuntura, posicionamento, aplicação de calor/frio, distração através do humor, exercícios de relaxamento e técnica das imagens (ENA, 2007).

Na avaliação da dor, deve dar-se especial atenção aos sinais físicos de dor, nomeadamente, taquipneia, respiração superficial, náuseas, vômitos, diaforese, comportamentos de defesa, expressão facial de desconforto, bruxismo, choro (ENA, 2007).

H – História da Vítima e Exame Físico da Cabeça aos Pés

Proceder à recolha da história da vítima através da mnemónica CHAMU: circunstância em que o evento ocorreu, historial médico anterior, alergias, medicação habitual e última refeição (INEM 2013). O ATLS (2018) define para a recolha da história clínica, através da própria pessoa ou da sua família/técnicos de emergência, a mnemónica AMPLA: alergia, medicamentos de uso habitual, passado médico, líquidos e alimentos ingeridos recentemente, ambiente e eventos relacionados com o trauma.

Realizar um exame físico detalhado, da cabeça aos pés, inspecionando e palpando todos os segmentos corporais a fim de pesquisar possíveis lesões ou focos de dor, a nível da cabeça, face, pescoço, tórax, abdómen, flancos, bacia, períneo, membros superiores e membros inferiores (INEM 2013).

Nesta fase, ter em atenção, o controlo da temperatura corporal da vítima.

I – Inspeccionar superfície corporal posterior

Realizar palpação da superfície corporal posterior, detetando possíveis lesões penetrantes, ferimentos, pontos de dor, deformações, alterações da sensibilidade ou outras alterações. Nesta etapa, devem ser estabilizadas as extremidades com suspeita de lesões (ENA, 2007).

Posteriormente deverá ser realizado tratamento das feridas e tomadas medidas de profilaxia, se necessário (INEM 2013).

No seguimento da realização da revisão integrativa da literatura foi construído um quadro acerca dos procedimentos de enfermagem perante a pessoa vítima de trauma, admitida na SR (Quadro 3). Os procedimentos a realizar devem ser aplicados de forma holística, atendendo à situação clínica de cada vítima de trauma, sendo passíveis de alterações consoante necessidade.

Quadro 3 - Procedimento de Enfermagem perante uma Pessoa Vítima de Trauma

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Preparar a SR e verificar a sua funcionalidade;	1. Para que não exista carência de material ou que o mesmo não esteja operacional;
2. Verificar se existe Equipamento de Proteção Individual (EPI) para todos os elementos da equipa;	2. Assegurar medidas de proteção a todos os elementos envolvidos no cuidado à vítima;
3. Preparar o acolhimento da vítima;	3. Os profissionais envolvidos na admissão da vítima devem estar na SR a postos, para a realização de cuidados seguros e de qualidade;

4. Colaborar na transferência da vítima para a maca da SR;

5. Colaborar na avaliação da situação clínica da vítima através da Avaliação Primária:

5. A avaliação deve demorar menos de 20 minutos, e deve ser realizada frequentemente, de forma a identificar possíveis alterações no estado da vítima que necessitem de intervenção.

A – Via Aérea e Controlo da Coluna Cervical

A - Assegurar a manutenção de uma via aérea permeável e manter oxigenação e ventilação eficazes, bem como assegurar o controlo da cervical;

B – Ventilação e Oxigenação

B - Manutenção de uma Saturação Periférica de Oxigénio (SpO₂) superior a 95%;

C – Circulação e Controlo de Hemorragia

C - A hemorragia é a principal causa de choque, pelo que devem ser identificados precocemente, possíveis focos hemorrágicos;

D – Disfunção Neurológica

D - A disfunção neurológica é avaliada através da aplicação da Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação da reação pupilar e avaliação da glicemia capilar;

E – Exposição e Controlo de Temperatura

E – Assegurar a prevenção da hipotermia com recurso a meios de aquecimento externo e providenciar a descontaminação da vítima.

<p>6. Colaborar na Avaliação Secundária da vítima:</p> <p>F – Sinais Vitais, Intervenções Focalizadas e Presença de Família</p> <p>G – Medidas de Conforto</p> <p>H – História da Vítima e Exame Físico da Cabeça aos Pés</p> <p>I – Inspeccionar a superfície corporal posterior</p>	<p>6. Esta avaliação deve demorar no máximo 1 hora e visa a recolha de toda a história clínica da vítima, exame físico completo e avaliação de todos os sinais vitais;</p>
<p>7. Administrar terapêutica e fluidos segundo prescrição médica;</p>	<p>7. Repor volémia, prevenindo situações de choque, e tomar medidas profiláticas e de controlo da dor;</p>
<p>8. Colaborar em procedimentos invasivos, se necessário;</p>	<p>8. Assegurar cuidados de excelência;</p>
<p>9. Preparar a vítima para a transferência para local de tratamento definitivo;</p>	<p>9. Assegurar a transmissão de informação pertinente que garanta a continuidade de cuidados à vítima;</p>
<p>10. Realizar registos de enfermagem;</p>	<p>10. Assegurar a validação dos cuidados efetuados e da efetividade dos mesmos.</p>
<p>11. Comunicar situação da vítima à família/pessoa significativa.</p>	<p>11. Integrar a família/pessoa significativa em todos os cuidados prestados de forma a dissipar o medo e ansiedade.</p>

(Fonte: Elaboração Própria)

No decorrer da avaliação da pessoa vítima de trauma, o enfermeiro avalia a resposta da vítima face às lesões, bem como às intervenções realizadas, sendo que o tratamento instituído deve ser ajustado aos resultados esperados perante aquela determinada situação.

Sempre que estamos perante uma pessoa vítima de trauma, esta carece de reavaliações, de forma a detetar possíveis alterações no estado clínico, atuando rapidamente. Estas reavaliações devem ser realizadas a cada 5 minutos, se vítima crítica, ou a cada 15 minutos, se vítima não crítica.

A admissão de vítimas de trauma na SR tem como objetivo primordial a abordagem inicial da pessoa, através de intervenções de ressuscitação, avaliação primária, avaliação secundária e realização de exames complementares de diagnóstico. Assim, o período de tempo que a vítima permanece na SR, deve ser reduzido tanto quanto possível, devendo este ser apenas um local de passagem para estabilidade hemodinâmica (Massada, 2002). São da responsabilidade do enfermeiro, concomitantemente com a restante equipa multidisciplinar envolvida nos cuidados à pessoa vítima de trauma, as seguintes funções: Determina, gere e coordena os cuidados; Estabelece e promove uma relação enfermeiro-doente; Documenta os cuidados prestados; Avalia a investigação, incorporando os resultados mais relevantes na prática (ATLS, 2018).

No SUP as intervenções e procedimentos realizados, devem ser registados no programa informático ALERT, seguindo a mnemónica ABCDE FGHI.

2.3. OBJETIVOS

Na prática profissional de enfermagem, o enfermeiro tem um papel preponderante nos processos de tomada de decisão. Para tal, face a cada situação, o enfermeiro deve realizar uma abordagem sistémica e sistematizada, identificando as necessidades individuais e coletivas de cada pessoa cuidada. Deste modo, e segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2012a, p.12).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011b), é competência deste, no âmbito da melhoria contínua da qualidade, as seguintes intervenções “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” e “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2011b, p. 8649). Com o desenvolvimento do projeto, pretende-se contribuir na melhoria dos cuidados prestados, através do uso de protocolos de atuação. Para garantir uma boa prática de cuidados de enfermagem com vista à resolução de problemas de saúde, os enfermeiros devem recorrer à aplicação de linhas orientadoras com base em evidência científica atual (OE, 2007). Deste modo, com a elaboração de uma Norma de Procedimento de Enfermagem, pretendemos contribuir na uniformização dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, com vista a uma abordagem sistematizada de acordo com a evidência científica mais atual, garantindo a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Assim sendo, para a execução do PIP, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, na sala de reanimação.

Objetivos Específicos:

- Consolidar conhecimentos da equipa de enfermagem face à temática do trauma;
- Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação.

2.4. METODOLOGIA

Para a escolha do tema alvo de projeto, foi realizada uma entrevista informal à Enf.^a orientadora de estágio. Uma vez que se trata de um Estágio de Especialidade em enfermagem em pessoa em situação crítica, decidimos em conjunto, que seria importante enveredar por uma temática com incidência na admissão de doentes na sala de

reanimação, surgindo deste modo o tema “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”.

Após a escolha da temática a desenvolver, foi realizada validação da mesma com a docente orientadora, explicitando quais as estratégias que iriam ser desenvolvidas na execução do projeto. Posteriormente, foi realizada uma entrevista informal com o Enf.º Chefe do serviço, bem como com o Diretor Clínico de modo a apresentar o projeto, sendo que ambos concordaram e validaram a escolha, considerando o tema como pertinente e com necessidade de intervenção.

Posteriormente, de forma a poder realizar o projeto no SUP do CHUA – Unidade de Faro, foi pedido parecer ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do hospital, o qual obteve parecer positivo (Anexo A). Após a receção de parecer positivo por parte do CHUA – Unidade de Faro, deu-se início à implementação do projeto.

2.4.1. População-Alvo

A população-alvo é constituída pela equipa de enfermagem do SUP do CHUA – Unidade de Faro. Inicialmente procedeu-se à elaboração de um questionário (Apêndice B), que foi aplicado aos enfermeiros do SUP. Este instrumento permitiu obter dados de cariz sociodemográfico, bem como aferir por parte dos enfermeiros a necessidade de intervenção sobre o tema.

Na aplicação destes questionários, foi garantida a confidencialidade e anonimato de todos os participantes, tendo sido respeitados os princípios éticos na recolha e tratamento de dados, segundo o preconizado pela Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. Na recolha de dados excluíram-se o Enf.º Chefe, a Enf.ª Coordenadora do SUP, os Enf.º que se encontravam ausentes do serviço por situações de baixa médica e a equipa da UCint. Assim, sendo a equipa total composta por 89 enfermeiros, excluíram-se para a recolha de dados 28 enfermeiros, o que fez um total de 61 enfermeiros a quem poderia ser aplicado o questionário.

O questionário foi entregue em formato de papel aos enfermeiros no decorrer do turno ou em contexto de passagem de turno, não tendo sido possível a participação de

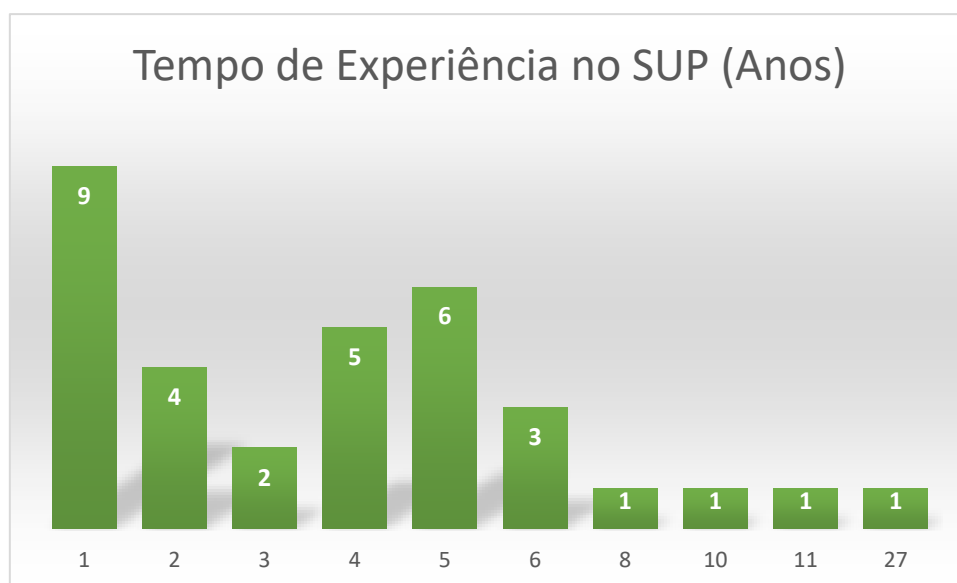
todos os elementos da equipa. Foram aplicados um total de 44 questionários, no entanto, existiram 11 que se encontravam indevidamente preenchidos, pelo que foram excluídos. Desta forma, foram incluídos e analisados no estudo 33 questionários, o que corresponde a 54,09% da equipa.

Após a aplicação dos questionários, procedeu-se à realização da análise dos dados obtidos, usando folhas de cálculo do sistema informático *Excel*.

A análise dos questionários aplicados à equipa de enfermagem do SUP permitiu verificar o seguinte:

- A maioria dos enfermeiros inquiridos tem menos de 5 anos de experiência no SUP (Gráfico 5), sendo a média de anos de experiência no SUP de 4 anos.

Gráfico 5 – Tempo de Experiência dos Enfermeiros no SUP do CHUA – Unidade de Faro



(Fonte: Elaboração Própria)

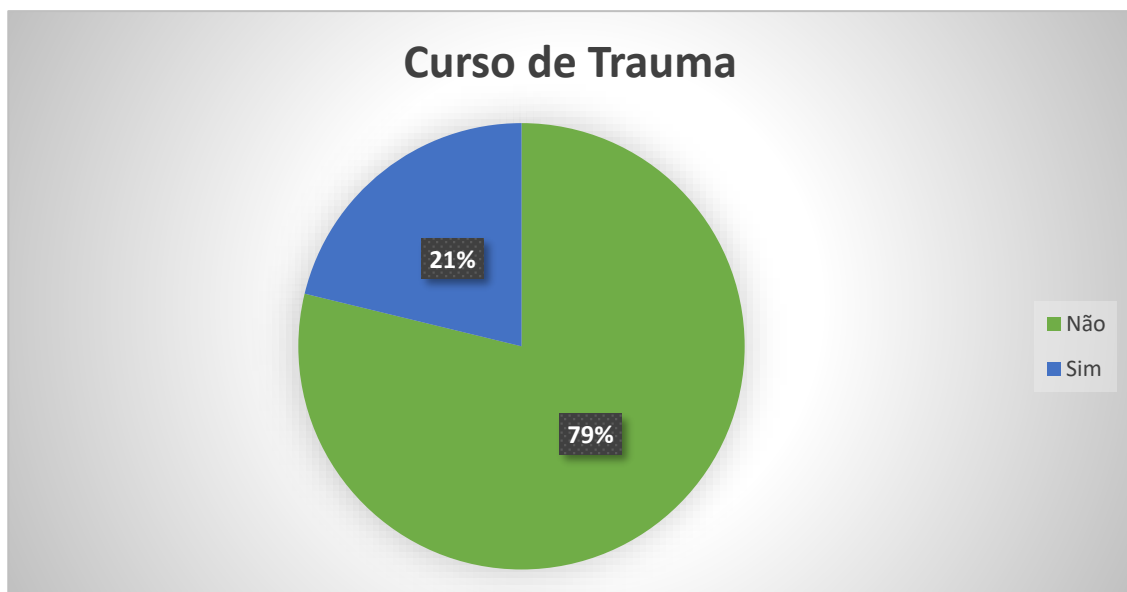
- A maioria dos enfermeiros tem apenas licenciatura como habilitações académicas;

- Dos enfermeiros inquiridos, existe 1 com curso de mestrado, 1 com curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica e 2 com curso de pós-graduação (um deles em supervisão clínica e outro em urgência e doente crítico);

- Dos enfermeiros inquiridos, apenas 7 possuem curso de trauma, o que corresponde a 21 % dos enfermeiros inquiridos (Gráfico 6).

Segundo dados da literatura, a formação específica em trauma por parte dos elementos da equipa multidisciplinar do serviço de urgência, nomeadamente os enfermeiros, é fundamental, pois habilita os profissionais de competência técnica necessária na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma. (Ordem dos Médicos, 2009). Mock, Lormand, Goosen, Joshipura, & Peden (2004) referem que existe uma diminuição significativa da taxa de mortalidade das pessoas vítimas de trauma, quando os cuidados são prestados por profissionais com curso de suporte avançado de vida em trauma.

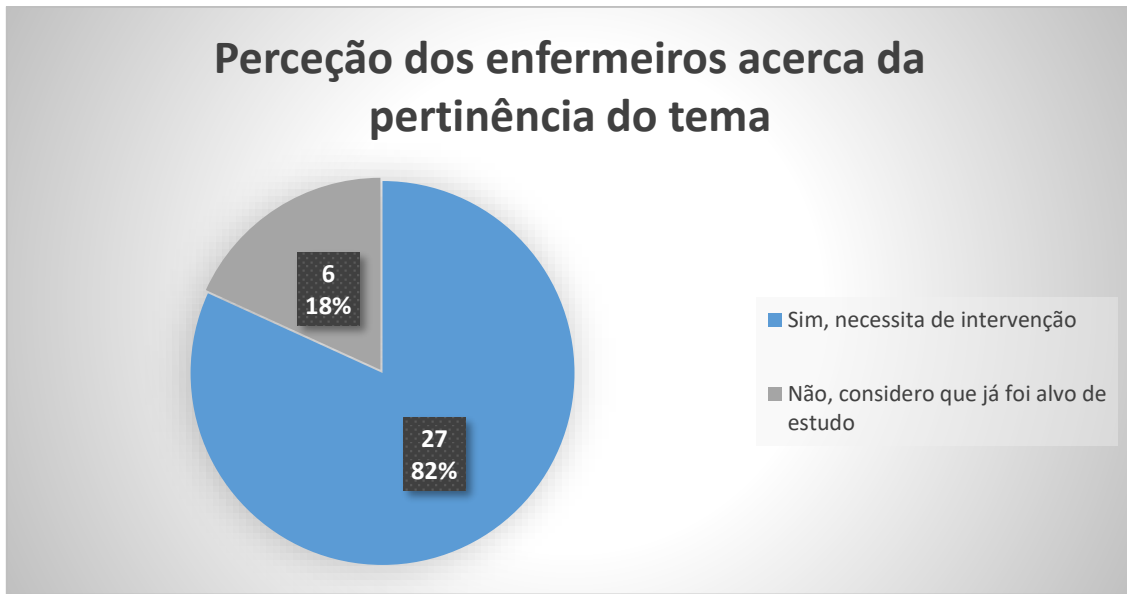
Gráfico 6 – Enfermeiros com Curso de Trauma



(Fonte: Elaboração Própria)

Com os questionários, foi ainda avaliada a pertinência do tema alvo de estudo, como se pode verificar no gráfico 7.

Gráfico 7 – Percepção dos enfermeiros acerca da pertinência do tema alvo de intervenção



(Fonte: Elaboração Própria)

- 27 enfermeiros consideraram o tema alvo de estudo pertinente e com necessidade de intervenção, o que corresponde a 82% dos enfermeiros inquiridos.
- Apenas 6 enfermeiros consideraram que o tema já foi alvo de estudo, pelo que não correspondia a necessidade de intervenção no SUP (18%).

Através desta análise, foi possível determinar que a equipa considerava a temática pertinente e com necessidade de intervenção. A realização de uma norma orientadora revela-se assim fulcral pois não existe nenhuma elaborada e aprovada pelo CHUA, no âmbito dos cuidados à pessoa vítima de trauma. Todos os documentos de apoio que se encontram disponíveis na sala de reanimação estão relacionados com a abordagem médica perante a ativação de uma Via Verde Trauma. Para auxiliar a equipa de enfermagem, existe um protocolo delineado pelo médico coordenador da sala de reanimação, para que, segundo critérios de gravidade, o enfermeiro alocado ao setor triagem, ative rapidamente avaliação médica do doente politraumatizado na sala de reanimação.

2.4.2. Estratégias de Intervenção

Após a definição dos objetivos que se pretendiam atingir com o desenvolvimento do projeto, revelou-se imprescindível definir as estratégias necessárias para os alcançar. Assim, foram definidas e programadas atividades a desenvolver, bem como os recursos materiais e humanos necessários, e os limites temporais em que deveriam ser executados (Apêndice R – Cronograma de Atividades).

Objetivo Específico: Consolidar conhecimentos da equipa de enfermagem face à temática do trauma.

Atividades Planeadas:

- Revisão Integrativa da Literatura realizada em bases de dados científicas e livros de cursos certificados relacionados com os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma;
- Realização do Livro Temático com o título “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”;
- Validação do Livro Temático com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Orientadora;
- Apresentação do Livro Temático ao Enf.^o Chefe do SUP para aprovação do mesmo e início de utilização;
- Divulgação do Livro Temático aos elementos da equipa de enfermagem do SUP, através de reuniões informais realizadas no decorrer dos turnos;
- Disponibilização dos documentos realizados na SR para consulta e utilização por parte de todos os elementos da equipa de enfermagem.

Recursos Humanos: Prof.^a Orientadora, Enf.^a Orientadora, Enf.^a Chefe do SUP e equipa de enfermagem do SUP.

Recursos Materiais: Bases de dados científicas, livros de referência acerca do trauma, computador, folhas de papel, impressora, encadernação.

Objetivo Específico: Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação.

Atividades Planeadas:

- Revisão integrativa da literatura através do recurso a bases de dados científicas e livros de referências relacionados com os cuidados de enfermagem ao doente vítima de trauma;
- Elaboração da proposta de norma de procedimento de enfermagem;
- Discussão e validação da proposta de norma com a Enf.^a Orientadora e Prof.^a Orientadora;
- Apresentação da proposta de norma de procedimento de enfermagem ao Enf.^o Chefe e Supervisor do SUP para parecer e aprovação;
- Divulgação da proposta de norma de procedimento de enfermagem aos elementos da equipa de enfermagem do SUP, através de reuniões informais realizadas no decorrer dos turnos.

Recursos Humanos: Prof.^a Orientadora, Enf.^a Orientadora, Enf.^a Chefe e Supervisor do SUP e equipa de enfermagem do SUP.

Recursos Materiais: Bases de dados científicas, livros de referência acerca do trauma, computador, folhas de papel, impressora.

2.4.3. Considerações Éticas

Os enfermeiros têm o dever de garantir a manutenção dos direitos humanos em todas as situações, através da prestação de cuidados adequados, com os recursos

disponíveis e de acordo com os princípios éticos inerentes à profissão. Deste modo, durante a realização do PIP foram respeitados os princípios éticos inerentes à profissão e à realização de projetos de cariz profissional.

No decorrer da realização de projetos na área de enfermagem, devem ser respeitados os seguintes princípios éticos: princípio da Beneficência, que corresponde a “fazer o bem”; princípio da Não Maleficência que pressupõe “não causar dano”; princípio da Fidelidade que corresponde a “estabelecer confiança”; princípio da justiça devendo “proceder com equidade”; princípio da Veracidade que corresponde à aplicação do consentimento livre e esclarecido, através do princípio de “dizer a verdade”; e o princípio da confidencialidade que corresponde ao anonimato da informação segundo o princípio de a “salvaguardar” (Nunes, 2013, pp. 6-7).

Assim sendo, foi realizado em primeira instância um pedido de autorização para realização do projeto ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHUA – Unidade de Faro, o qual obteve parecer positivo (Anexo A). Posteriormente, foram realizados e aplicados questionários à equipa de enfermagem do SUP como forma de avaliação da pertinência do tema, com base nas orientações éticas em investigação – confidencialidade, garantia do anonimato e consentimento informado (Apêndice B).

Foram solicitados ao SUP do CHUA – Unidade de Faro, dados acerca das pessoas admitidas no ano 2018, com o diagnóstico de vítimas de trauma por acidente de viação, tendo a sua análise sido realizada sem consulta dos processos clínicos, e mantendo em anonimato a identidade das vítimas.

2.5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A criação de estratégias por parte da equipa de enfermagem na SR é crucial para a melhoria dos cuidados prestados às pessoas vítimas de trauma. Assim sendo, e para atingir o objetivo “Consolidar conhecimentos da equipa de enfermagem face à temática do trauma” foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, de forma a ter acesso à evidência científica mais atual, com o objetivo de realizar um livro temático intitulado de “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”.

Primeiramente, foi realizada uma reunião informal com a Enf.^a Orientadora e a Prof.^a Orientadora para validação da realização do livro temático.

Para partilhar com a equipa de enfermagem a revisão da literatura que havia sido realizada foi elaborado o Livro Temático (Apêndice E) para ficar disponível e de fácil acesso a todos os elementos da equipa de enfermagem, aquando da sua passagem na SR. O livro foi apresentado ao Enf.^o Chefe do SUP que considerou uma mais-valia a realização do mesmo e um instrumento valioso para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma. Após a validação e autorização da divulgação do livro temático por parte do Enf.^o Chefe do SUP, o mesmo foi colocado na SR e realizada a sua divulgação a todos os elementos da equipa de enfermagem. Existiu um feedback positivo por parte da equipa de enfermagem do SUP, considerando o livro como uma ferramenta bastante útil, que contribui na realização de cuidados de excelência, através de um saber agir fundamentado e baseado na evidência científica mais atual. A elaboração do livro temático teve como objetivo servir de conduta à prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, através de uma abordagem organizada e planeada às pessoas vítimas de trauma, admitidas na SR.

As normas de procedimentos de enfermagem devem ser realizadas com base nos seguintes pressupostos: são linhas orientadoras para a prática dos cuidados; uniformizam a execução de procedimentos, garantindo a realização de boas práticas; orientam a realização de determinados procedimentos; desenvolvem a arte de bem fazer, tendo como objetivo a manutenção do conforto do doente (ACSS, 2011). Neste sentido, o objetivo “Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação” foi delineado de forma a funcionar como uma ferramenta útil na prestação de cuidados seguros e de qualidade, com base na realização de boas práticas em prol da pessoa vítima de trauma.

Foi realizada uma Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem (Apêndice D), com o tema “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”, seguindo como guia orientador, as Recomendações para a elaboração de guias orientadores de boa prática de cuidados (OE, 2007). A evidência científica mais atual foi consultada assim como as diretrizes mais atuais da DGS. Devido à elevada incidência de pessoas admitidas com diagnóstico de trauma, a realização da proposta de Norma de Procedimentos de Enfermagem revela-se

imperativa. A aplicação da proposta de Norma de procedimento de enfermagem visa contribuir para a eficácia dos cuidados, garantido a sua qualidade e a segurança da pessoa que deles necessita.

De forma a apresentar a Norma de Procedimento de Enfermagem, foram realizadas reuniões formais com o Enf.º Chefe, a Enf.ª Coordenadora e a Enf.ª Tutora. Após discussão de ideias, foram realizados os ajustes necessários, segundo recomendações propostas. Posteriormente, a proposta de norma foi entregue ao Enf.º Chefe para que o processo de aprovação tivesse início. O mesmo deu parecer favorável, procedendo com o seguimento da norma para o Conselho de Administração para a sua aprovação pelo hospital. De momento, aguarda-se validação da mesma para começar a ser aplicada pela equipa de enfermagem do SUP.

Mesmo sem a aprovação da proposta de norma, o documento final foi apresentado à equipa de enfermagem do SUP em diversos momentos e em pequenos grupos na SR. O *feedback* foi positivo por todos os elementos da equipa de enfermagem.

2.6. CONCLUSÃO

Previamente à realização do PIP, foram delineados objetivos que orientaram toda a sua execução. De forma a alcançar os objetivos a que nos propusemos, foram realizadas várias atividades sendo que podemos afirmar que através destas, conseguimos alcançar aquilo que era pretendido com a sua execução.

A aplicação de questionários à equipa de enfermagem do SUP, com informação prévia à equipa acerca do projeto que se encontrava a ser desenvolvido, permitiu perceber o seu interesse e importância que atribuíam ao mesmo. Através da sua aplicação, incluiu-se a equipa na dinâmica do projeto, sendo que foram sendo dadas algumas sugestões por parte dos elementos. Pelo *feedback* recebido, consideramos que o projeto foi considerado bastante pertinente e uma mais valia para a prática de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Através da análise da elevada incidência de pessoas admitidas vítimas de trauma por acidente de viação, verificou-se a extrema importância e pertinência de realizar uma

Norma de Procedimento de Enfermagem. A aplicação de protocolos, nomeadamente, da norma realizada, funcionará como linha orientadora na tomada de decisão da equipa de enfermagem, através da abordagem ABCDE, minimizando o risco de erros no atendimento à pessoa vítima de politraumatismo e contribuindo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para além da realização desta norma, considerou-se pertinente a realização do Livro Temático, que corresponde a uma revisão integrativa da evidência científica mais atual acerca da temática. Este livro ficou disponível para consulta rápida em contexto de urgência na SR e contempla todas as etapas a realizar na abordagem à pessoa vítima de trauma. Para além disso, neste livro está ainda contemplada a explicação dos vários tipos de trauma, com cuidados específicos a realizar em cada situação. A sua realização foi considerada uma mais valia por parte da equipa, pois funciona como suporte científico aquando da prestação de cuidados.

Com a execução das várias etapas do PIP, podemos verificar que, tal como defendido na teoria das transições de *Afaf Meleis*, existiram transições organizacionais, causadas pela mudança na dinâmica de uma organização, pois através da implementação da norma de procedimento e do livro temático, a equipa irá agir segundo um padrão definido previamente com o objetivo de diminuir a possibilidade de erros e garantir a segurança dos cuidados. Para além desta transição, a sua execução permitiu também, a nível pessoal, uma transição de desenvolvimento, pois as autoras sofreram um crescimento pessoal através da aquisição de novos conhecimentos e competências.

Em trauma, todo o tempo é vital! Assim sendo, é imprescindível que o enfermeiro possua conhecimentos atualizados, de forma a realizar uma avaliação da vítima rápida, minuciosa e segura, estabelecendo prioridades de cuidados e diminuindo os riscos de eventos nefastos para a pessoa.

Assim, é crucial que os cuidados na abordagem à pessoa vítima de trauma se encontrem uniformizados, para que cada profissional saiba o que pode fazer, como deve fazer e quando deve fazer cada procedimento, pois só através do trabalho de equipa é possível a prestação dos melhores cuidados a pessoa que deles necessita.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No capítulo que agora se inicia iremos apresentar uma análise reflexiva e fundamentada acerca das atividades realizadas ao longo deste período de crescimento pessoal e profissional, tal como preconizado no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (AESES, 2016). Durante este período foram realizados 2 estágios previstos no plano curricular do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, tendo o Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica decorrido na UCint do CHUA – Unidade de Faro e o Estágio Final no SUP do CHUA – Unidade de Faro.

Um estágio clínico corresponde a “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências” (Alarcão, & Rua, 2005, p.376), sendo pretendido que o estudante, através de uma prática de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, adquira e consolide conhecimentos com vista a alcançar novas competências na sua formação enquanto futuro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica.

Assim, o estágio enquanto contexto de aprendizagem, fornece o contato com a prática, a mobilização de novos saberes e a construção da identidade profissional do enfermeiro. A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011a, p.8656). Segundo o Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem (REPE), o enfermeiro especialista é o profissional dotado de “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade” (OE, 1996, p. 2960).

Previamente ao início do estágio final, foi realizado o Projeto de Estágio (PE) - Apêndice A, no qual foram delineados objetivos com vista a alcançar novas competências, tendo estes sido elaborados com base no DL n.º115/2013 de 7 de agosto, relativamente às competências de mestre (Ministério da Saúde, 2013b), no Regulamento

n.º 122/2011 de 18 fevereiro relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2011b) e no Regulamento n.º 124/2011 de 18 fevereiro referente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2011a).

No ano 2018 foi publicado o novo Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018) e no início do ano 2019 foi publicado o novo Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista - Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019). No entanto, uma vez que o curso foi lecionado à luz dos regulamentos anteriores, a sua análise também será realizada com base nestes, tal como mencionado anteriormente.

A análise das competências de mestre será realizada concomitantemente com a análise das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, uma vez que todas as atividades desenvolvidas contribuíram para a aquisição destas competências. Assim, na reflexão acerca das competências comuns do enfermeiro especialista será realizada uma analogia entre os seus 4 domínios (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais) e as competências de mestre. A análise e reflexão acerca da aquisição de competências será realizada, tal como definido no início da realização do presente Relatório, à luz da teoria das transições de *Afaf Meleis*.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- **A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;**
- **A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

Competência de Mestre, nº 3

Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

O exercício profissional do enfermeiro é regulamentado pela OE, através da elaboração do REPE, que defende que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 1996, p.2961). Neste regulamento encontra-se definido que o enfermeiro é o profissional com “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais”, enquanto que o enfermeiro especialista é o profissional “a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 1996, p.2960).

Por sua vez, a deontologia profissional do enfermeiro tem uma função normativa, tratando-se assim de um conjunto de regras e indicações práticas da forma como o profissional deve agir na qualidade de membro de um grupo (Ministério da Saúde, 2015b).

Relativamente aos cuidados de enfermagem, estes devem ser fundamentados nas diretrizes existentes que regem a prática da profissão, podendo derivar de intervenções autónomas, iniciadas pelos enfermeiros através de um processo de autonomia e

responsabilidade, ou de intervenções interdependentes, realizadas em parceria com outros grupos profissionais dentro da equipa multidisciplinar tendo em conta as competências de cada um (OE, 1996).

A prestação de cuidados de enfermagem ao longo dos estágios foi desenvolvida com base no respeito pela dignidade da pessoa e pelos direitos humanos, tendo em conta os princípios gerais da Deontologia Profissional, definidos no artigo n.º 99 que refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Ministério da Saúde, 2015b, p. 8078).

A ética em enfermagem corresponde à capacidade de reflexão acerca do modo de agir dos enfermeiros. Assim, pode-se afirmar que esta resulta da reflexão das práticas de enfermagem, tendo em conta as situações que mais preocupam os profissionais e os fazem questionar o porquê aquando da prestação de cuidados (Nunes, 2004).

Quando abordamos as relações entre as pessoas e a postura do enfermeiro para com os outros aquando da prestação de cuidados, abordamos a ética do cuidado. O enfermeiro, ao atuar numa perspetiva de ética do cuidado, é mais sensível às relações estabelecidas com os outros e às suas necessidades, sendo sempre defensor do doente, com base no respeito e cuidado humanizado (Potter, & Perry, 2013)

Durante a prática de cuidados de enfermagem, são inúmeras as pessoas e situações com as quais nos deparamos. Pessoas com valores diferentes dos nossos, para quem as prioridades são distintas. Assim, revela-se crucial adaptar os cuidados prestados face à pessoa em questão e ao seu problema de saúde atual, sem emitir juízos de valor perante as decisões que esta tomou face à sua situação de doença. Em seguida irei dar um exemplo de uma situação em que tive que respeitar a tomada de decisão de um doente com base numa atitude ética e profissional, sem emitir juízos de valor: mulher de idade jovem com diagnóstico de neoplasia do reto, operada em contexto de oclusão intestinal, tendo ficado com ileostomia. A doente foi ao SUP por quadro de rectorragias que se verificaram. Trata-se de doente que recusa tratamentos oncológicos.

Aceitar a recusa de tratamentos pode ser complicado pelo simples fato de sermos profissionais de saúde, no entanto, não podemos deixar que a nossa opinião pessoal afete a nossa prestação no cuidado à pessoa. Temos que aceitar que se a pessoa assim o decidiu

é porque considerou que seria o melhor para ela, naquele preciso momento e que certamente teve os seus motivos. Se a doente agora nos procura, é porque necessita de cuidados e estes deverão ser prestados com o maior rigor e dedicação, sem que sejam perturbados por uma decisão prévia.

Tal como na situação previamente descrita, os enfermeiros são constantemente confrontados com diversas situações que se tornam dilemas, pois necessitam de uma tomada de decisão fundamentada, formando problemas éticos. A solução para tais problemas pode ser encontrada através de uma reflexão crítica e fundamentada, analisando os valores e princípios em causa, fundamentando-os nos valores profissionais, deveres deontológicos e princípios éticos inerentes à profissão (Deodato, 2014).

No decorrer dos estágios realizados, foram inúmeras as situações em que nos deparamos com questões éticas, sendo de mencionar uma de especial relevância no estágio realizado no SUP – a privacidade dos doentes. Um serviço de urgência deveria ser apenas um local de passagem para resolução rápida de uma situação de instabilidade hemodinâmica, no entanto, na maior parte dos casos, verificamos que os doentes permanecem neste serviço várias horas ou até mesmo, vários dias. Os SU não estão elaborados de forma a garantir a permanência dos doentes no seu espaço físico, pelo que não existe privacidade e os locais de prestação de cuidados são *open space*. Perante a situação exposta, cabe a nós enfermeiros, a adoção de estratégias que visem a garantia da dignidade da pessoa. Assim, no decorrer do estágio, foram mobilizadas estratégias como a da manutenção de um tom de voz adequado no diálogo com o doente/família, a manutenção da distância entre macas, o recurso ao uso de cortinas sempre que possível e a manutenção das pessoas devidamente cobertas.

Perante estas situações em que emergiram questões éticas, foram desenvolvidas reflexões que permitiram a aquisição de estratégias de resolução, em parceria com o doente/família, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem do SUP, tendo por base os conhecimentos prévios e a evidência atual.

Analisando as situações mencionadas à luz da teoria das transições de *Afaf Meleis* é possível verificar que, no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, é importante o enfermeiro reconhecer as dificuldades e mudanças que a pessoa atravessa face à situação de doença, desenvolvendo um exercício mais humanizado e holístico, de

forma a que a transição saúde/doença decorra de forma positiva. Assim, as intervenções de enfermagem devem proporcionar à pessoa e sua família os conhecimentos e capacidades necessárias ao restabelecimento de uma sensação de bem-estar (Meleis, 2007).

Na realização do PIP também foram respeitados todos os princípios éticos inerentes à realização de um trabalho deste âmbito. Inicialmente foi pedido parecer ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital. Em seguida, durante a aplicação dos questionários à equipa de enfermagem, foram respeitados o anonimato e confidencialidade de todos os participantes, tendo sido a amostra escolhida de modo aleatório. Os dados foram tratados de forma rigorosa, não colocando em momento algum, informações precisas acerca dos participantes. O tratamento dos dados solicitados acerca dos doentes admitidos no SUP com diagnóstico de trauma por acidente de viação no ano 2018, foi realizado de modo rigoroso sem consulta de processos clínicos e sem mencionar dados que possam identificar os seus participantes, garantindo-se assim o anonimato e confidencialidade dos dados de cada vítima.

Por último, é de mencionar que a referenciação de autores realizada ao longo da execução deste Relatório também demonstra a preocupação e respeito ético e deontológico pelas fontes de informação utilizadas.

A reflexão sobre as nossas ações assume um papel muito importante na consciencialização do nosso modo de atuação, contribuindo para um aperfeiçoamento do mesmo, tal como defendido no artigo 99º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que defende que um dos valores universais a observar na realização profissional é “a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Ministério da Saúde, 2015b).

Assim sendo, e face às múltiplas situações descritas, consideramos que as competências em análises foram desenvolvidas e adquiridas.

Competências do Domínio da Melhoria da Qualidade

- **B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;**
- **B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;**
- **B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.**

Competência de Mestre, nº 5

Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

A qualidade em saúde é considerada uma ação prioritária, sendo uma tarefa multiprofissional. A OE, no ano 2012, elaborou o documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com o objetivo “de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” (OE, 2012, p.7). Neste documento, é ainda defendido que, para que haja qualidade dos cuidados, é imperativo que as instituições de saúde criem estruturas e adequem os recursos face às necessidades das populações que assistem. Assim foram criados enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que são os seguintes: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de saúde (OE, 2012).

No Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica são definidos os cuidados de enfermagem como:

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (OE, 2011a, p.8656)

Atualmente, encontra-se em vigor, definida pela DGS, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, na qual a qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem

em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Ministério da Saúde, 2015a, p.13551). Deste modo, a qualidade dos cuidados é uma obrigação ética, que contribui para a diminuição de riscos evitáveis.

Para a aquisição e consolidação das competências mencionadas no âmbito da qualidade, foram revistos os documentos emitidos pela OE e DGS referentes à temática. Para além destes documentos, foram também consultados os documentos da instituição onde decorreram os estágios, nomeadamente no que respeita à sua missão e valores.

Durante as várias semanas de aprendizagem em contexto de estágio, foi possível verificar que toda a equipa multidisciplinar baseia a sua *praxis clínica* na evidência científica mais atual, pesquisando novas informações sempre que necessário e partilhando-as com a equipa. Verificou-se também a existência dentro da equipa, de elementos dinamizadores em distintas áreas, como a avaliação do sistema de triagem, a formação em serviço, a responsabilidade pelos carros de urgência, entre outros, o que permite a constante atualização de conhecimentos destes elementos em cada uma das suas áreas de atuação, permitindo assim uma constante melhoria dos cuidados prestados.

Os enfermeiros devem procurar ao longo da sua vida profissional, a formação contínua, de modo a promoverem a excelência do cuidado. Neste sentido foi frequentado o III Congresso da Seção Regional do Sul, que decorreu nos dias 5 e 6 de dezembro no Teatro das Figuras em Faro (Anexo B). Inserido como atividade pré-congresso, foi frequentado o *Workshop* Oxigenoterapia de Alto Fluxo, que decorreu no dia 4 de dezembro no Hotel Eva de Faro (Anexo C). Este *workshop* veio colmatar uma necessidade de formação sentida e verificada aquando do Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica, realizado na UCInt. De forma a colaborar neste congresso como elemento dinamizador, foi realizado, concomitantemente com outros colegas a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, um poster com o tema “Abordagem ABCDE na pessoa com cetoacidose diabética – Caso fictício” (Apêndice G; Anexo D) e um segundo poster com o tema “A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva” (Apêndice H; Anexo E), os quais foram apresentados durante a realização do congresso. Ainda no contexto de formação contínua, foram realizados previamente ao início do estágio final os cursos de Suporte Básico de Vida (Anexo F), Suporte Avançado de Vida (Anexo G) e Curso de Trauma - Advanced Provider Course: ITLS (Anexo H).

Com estes processos de formação contínua, estamos a assegurar aquilo que é preconizado no artigo n.º 109º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no que se refere à excelência do cuidado, pois o enfermeiro, de forma a assegurar a excelência do cuidado, deve “Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ministério da Saúde, 2015b, p. 8080).

Na procura de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCint foi realizado um pré-projeto de Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica, onde se definiram os objetivos que iriam orientar a sua execução. Em seguida, e tendo por base os objetivos previamente definidos, foi realizado um projeto de formação em serviço com o tema “Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico” (Apêndice H). A temática surgiu por necessidade do serviço, sendo um tema contemplado no projeto de formação do ano 2018 desenvolvido pela Enf.^a coordenadora. No desenvolvimento do projeto foi realizada uma revisão integrativa da literatura (Apêndice I), uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem (Apêndice J) e uma Proposta de Norma de Procedimento em Enfermagem (Apêndice K), que se encontra a aguardar aprovação pelo Conselho de Administração do Hospital.

No SUP, no contexto do Estágio Final, foi realizado o PIP segundo uma necessidade identificada no serviço. Para a identificação da necessidade foram realizadas entrevistas informais com a Enf.^a Orientadora, Enf.º Chefe e Diretor Clínico do serviço. Posteriormente, foram aplicados questionários à equipa de enfermagem do SUP (Apêndice B) e foram solicitados dados acerca dos doentes admitidos com diagnóstico de trauma por acidente de viação no ano 2018. Como medida de melhoria dos cuidados, foi elaborado um Livro Temático (Apêndice E) que servirá de apoio à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma admitida na sala de reanimação e uma Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem (Apêndice D), que visa uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, diminuindo a possibilidade de erros de forma a garantir a segurança dos cuidados. No final da sua elaboração, os documentos foram apresentados ao Enf.º Chefe em reunião informal. Neste momento, o Livro Temático já se encontra em utilização e a Proposta de Norma de Procedimento encontra-se em processo de aprovação pelo Conselho de Administração do hospital. Ainda no contexto da melhoria dos cuidados à pessoa vítima de trauma, foi realizado um artigo

científico com o título “Intervenção de Enfermagem na abordagem à pessoa politraumatizada” (Apêndice F), segundo as regras de publicação da revista *Riase*.

No SUP, foi ainda identificada necessidade de intervenção no âmbito do controlo de infeção. Neste sentido, foi realizada uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem subordinada ao tema “Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infeção” (Apêndice M) e foi realizado um poster com base na formação apresentada, com vista à consulta rápida, o qual ficou exposto em alguns locais do serviço (Apêndice N).

No âmbito da abordagem de cuidados em situações multivítimas, considerou-se pertinente a divulgação do Plano de Catástrofe do CHUA – Unidade de Faro (CHUA, 2018c), aos profissionais do serviço que funciona como local de evacuação dos doentes que se encontram no SUP no momento de catástrofe. Assim, foi realizado um documento acerca das “Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA – Unidade de Faro para o serviço de Medicina 2B” (Apêndice P), bem como Cartões de Ação (Apêndice O) aquando da ativação do plano de catástrofe, os quais foram apresentados aos profissionais do serviço através de formação *low-cost* aquando dos momentos de passagem de turno.

No decorrer dos estágios, a prestação de cuidados foi sempre baseada na manutenção de ambientes seguros, garantindo a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Um SU é um local propício à ocorrência de eventos adversos, pelo que é imprescindível a adoção de boas práticas que visem a diminuição da incidência de riscos que podem ser evitados. No setor Balcão Médico-Cirúrgico 1, foi possível verificar por diversas vezes, a importância de pequenos gestos que visem a manutenção de um ambiente seguro. Neste setor são atendidos doentes independentes ou que se encontram sentados, sendo chamados pelo nome para a realização das intervenções de enfermagem. Verifica-se que, muitas vezes, os doentes respondem sem perceber ao certo o nome que foi mencionado, só desejando ser atendidos, sem entenderem o risco inerente ao erro terapêutico. Neste sentido, é imprescindível basearmos a nossa intervenção nos 5 certos da administração de terapêutica: doente certo, medicação certa, via de administração certa, administração à hora certa e dose certa. Deste modo, e de forma a nos certificarmos que se trata do doente certo, devemos após a chamada, questionar o nome completo ao próprio doente e verificar a pulseira de identificação colocada aquando da admissão.

No SUP, e atendendo à prática segura de cuidados, promovendo um ambiente seguro e terapêutico, revelou-se também imperativo refletir sobre a prática de colocação e manutenção de acesso venoso periférico. A maioria dos doentes que recorre ao SUP, necessita da sua colocação e, se não forem tomadas as medidas de assepsia, podem ocorrer graves problemas de infeção da corrente sanguínea. Assim, durante a prática de cuidados, foi sempre assegurada uma técnica asséptica no momento de punção e administração de terapêutica, com uso de pensos transparentes que permitem observar o local de inserção e vigiar possíveis sinais de infeção. Foi ainda verificado em todas as situações, se existia alguma patologia prévia que impossibilitava a punção em determinado local.

Revela-se importante referir no âmbito da qualidade dos cuidados, a importância das passagens de turno, momento de transmissão de informação entre elementos da equipa de enfermagem, que visa uma efetiva continuidade dos cuidados, tal como definido no artigo n.º 109º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em que é referido que o enfermeiro deve “Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (Ministério da Saúde, 2015b, p. 8080). No contexto de estágio, estas foram sempre elaboradas tendo em conta uma abordagem ABCDE, garantindo que toda a informação era transmitida. Revela-se ainda crucial a realização de registos de enfermagem, onde conste toda a informação acerca dos cuidados prestados ao doente, devendo também estes, ser realizados segundo a mesma metodologia. Segundo o Artigo n.º 104º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no que diz respeito ao direito ao cuidado, o enfermeiro deve “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” ((Ministério da Saúde, 2015b, p.8079).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a), no âmbito da organização dos cuidados especializados e tendo como objetivo a procura da excelência do cuidado, é primordial “a dotação de enfermeiros especialistas face à necessidade de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica” (OE, 2015a, p. 17243). Nos estágios realizados, foi possível verificar que existe carência de enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica, pois segundo a Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, deveriam existir em cada SU 50% dos

enfermeiros com esta especialidade, verificando-se que na UCint apenas existe 1 elemento e no SUP existem 2 elementos.

A melhoria da qualidade dos cuidados é adquirida através de uma prática baseada em guias orientadores e na evidência científica mais atual. Deste modo, torna-se imperativo que o enfermeiro especialista, identifique potenciais problemas e promova medidas que visem a sua melhoria.

Atendendo às atividades descritas, podemos afirmar que foram adquiridas as competências em análise.

Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

- **C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;**
- **C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.**

Competência de Mestre, nº 1

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

A existência de ambientes favoráveis à prática de cuidados tem múltiplos fatores positivos, nomeadamente, a promoção da satisfação dos enfermeiros e, consequentemente, a obtenção de melhores resultados para os doentes, tendo em conta as suas necessidades (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007). Assim sendo, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo seu perfil de competências e enquanto membros de uma organização, devem promover a criação e manutenção de ambientes favoráveis à prestação de cuidados.

No ano 2015, a OE emitiu o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2015b), no qual é definido que “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício

profissional destes profissionais e necessita de ser reconhecido, validado e certificado” (OE, 2015b, p.5949).

Durante os estágios realizados foi possível observar, colaborar e desempenhar um papel de liderança na gestão dos cuidados de enfermagem. Na UCInt o papel da enfermeira responsável de turno, realizado juntamente com a Enf.^a Orientadora, consiste em, para além da prestação de cuidados de enfermagem diretos aos doentes atribuídos em dado turno, realizar a distribuição de doentes pelos diferentes elementos da equipa de enfermagem, gerir as entradas e saídas de doentes do serviço, gerir contratempos que surjam e manter um papel de liderança ao longo do turno e perante toda a equipa multidisciplinar.

No SUP, também foi possível participar ativamente na liderança da equipa de enfermagem, quando a enfermeira orientadora não estava alocada a nenhum setor, sendo chefe de equipa. Neste caso, e sendo o SUP um serviço tão exigente, em que a afluência de doentes varia ao longo do dia, sendo sempre inesperado o tipo de patologias e gravidade dos doentes que serão admitidos, é importante que esteja um elemento a coordenar todo o serviço e a colaborar com os colegas nos diferentes setores, nomeadamente, aquando da admissão de doentes na SR. Como chefe de equipa, o enfermeiro é responsável pela distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes setores do serviço, pela participação na visita médica realizada aos doentes internados no SUP e doentes em OBS, pelos pedidos de refeição para os doentes que se encontram no serviço, pelo pedido de medicação e outros materiais clínicos necessários e pela gestão de conflitos e contratempos que surjam. No final do turno, o enfermeiro chefe de equipa, é responsável por realizar um balanço do serviço, devendo verificar quantos doentes existem em cada setor (n.º doentes em ficha e n.º processos), e se existem doentes com necessidade de medidas adicionais de isolamento ou entradas como casos sociais. Deverá ainda realizar um balanço dos tempos de espera de observação de doentes, segundo os critérios da Triagem de *Manchester*.

De forma a adquirir as competências em análise, foi realizado um turno com o Enf.º chefe de serviço, a desempenhar concomitantemente, funções de supervisor do SUP. Neste turno, foi possível verificar a execução de horários, a verificação e despacho de solicitações de enfermeiros no que respeita a pedidos de horas de formação, horários de

amamentação e a mudança de férias, a realização de pedidos de materiais ao armazém clínico e a forma como gere e lidera a equipa multiprofissional.

Durante a realização dos estágios, foram realizados vários projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, com o objetivo de alcançar as competências de mestre e de especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. De forma a coordenar todo este processo de aprendizagem, foi necessário gerir o tempo e as atividades que se pretendiam desenvolver em cada período, pelo que foi realizado um cronograma de atividades (Apêndice R).

No domínio da gestão, é de referir uma situação que ocorreu num turno, em que em parceria com a enfermeira orientadora assumimos a responsabilidade de chefiar a equipa. Na SR, encontrava-se alocado apenas 1 enfermeiro tal como previsto no dia-a-dia do SUP. No espaço de 30 minutos, houve a admissão de 4 doentes na sala, tendo sido necessário que outros membros da equipa e o próprio chefe de equipa fossem ajudar a colega. Tratava-se de um doente submetido a ventilação invasiva, um doente com acidente vascular cerebral isquémico agudo, um doente com um acidente vascular cerebral hemorrágico em evolução e uma vítima de atropelamento (politraumatizado). De forma a assegurar os melhores cuidados imediatos a todos estes doentes, foi necessário gerir a equipa e os cuidados prestados de forma exímia, ficando claro que é extremamente necessário, perante um momento de stress, transmitir ordens aos elementos de forma clara, garantido uma boa gestão do serviço.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, segundo os padrões de qualidade definidos pela OE (2015a), deve assegurar a organização dos cuidados através da utilização de “metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade” (OE, 2015a, p. 17243).

Durante um turno, e como forma de gerir e organizar os cuidados, é imprescindível a realização de um processo de enfermagem, de forma a planear as intervenções a desenvolver perante cada doente e cada situação específica. Em contexto de urgência, esta foi a maior dificuldade sentida no início do estágio. Enquanto que em contexto de internamento existe um plano de cuidados pré-definido e organizado para cada doente, no contexto de SU, este plano prévio não existe, sendo necessário através dos sinais e

sintomas referidos pelo doente/família, e através daquilo que verificamos numa rápida observação do doente, pensarmos quais serão as suas necessidades na situação de doença que atravessa. Para a aquisição de novas capacidades e competências, houve contributos de todos os elementos da equipa de enfermagem do SUP, que desde o primeiro momento, nos acolheram da melhor forma, incluindo-nos na prestação de cuidados e nas tomadas de decisão.

Com base na fundamentação descrita, consideramos que foram desenvolvidas e adquiridas as competências em análise.

Competências do Domínio das Aprendizagens Profissionais

- **D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;**
- **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.**

Competência de Mestre, nº 2

Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Competência de Mestre, nº 4

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Competência de Mestre, nº 6

Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

A prática baseada na evidência corresponde a “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente

no contexto de cuidar” (OE, 2012b, p. 10). Deste modo, é crucial em cada momento de cuidar, que o enfermeiro estabeleça um equilíbrio entre aquele que é o seu juízo clínico, as situações prévias que vivenciou anteriormente e o que é definido pela evidência científica mais atual, tomando decisões criteriosas e fundamentadas.

No decorrer deste percurso de aprendizagem, existiram múltiplos momentos de reflexão e de intervenção no processo de cuidar da pessoa em situação crítica. Através da observação de comportamentos e da partilha de experiências e conhecimentos, cada pessoa é capaz de aprofundar o seu auto-conhecimento e compreender a forma como o seu modo de agir pode delinear as estratégias adotadas por uma equipa. Deste modo, é imprescindível que cada profissional adote na sua conduta boas práticas que sirvam de exemplo para os seus pares, de modo a promover a realização de cuidados de excelência em prol da pessoa cuidada.

O enfermeiro especialista, de forma a desenvolver aprendizagens, deve possuir uma “elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” de modo a contribuir no desenvolvimento do “auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar” (OE, 2011b, p. 8652).

No decorrer dos estágios, existiram várias oportunidades de partilha de experiências. Os momentos de reflexão realizados com a Enf.^a Orientadora sempre que surgiam dúvidas ou situações que cativavam especial interesse revelaram-se cruciais, no decorrer do processo de aprendizagem. Estes momentos, realizados sobre a forma de *debriefing* proporcionaram a análise das intervenções realizadas e conduta adotada, de forma a verificar o que poderá ser melhorado em situações futuras e semelhantes, com o objetivo de promover a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados.

De forma a desenvolver novos conhecimentos e aptidões, e face à multiplicidade de situações com que nos deparámos em contexto de estágio, houve necessidade de realizar pesquisa bibliográfica com base na evidência científica mais atual, interligando-a com aquilo que é realizado na prática clínica. Através da pesquisa fundamentada na prática, foi possível verificar um crescimento, não só a nível profissional, como também a nível pessoal. Para esta interligação entre a teoria e a prática dos cuidados, verificou-se

também um enorme contributo dos conhecimentos adquiridos aquando dos momentos formativos do curso de Mestrado em Enfermagem.

Ainda no contexto da formação contínua, e de forma a adquirir aptidões e competências que visem um aperfeiçoamento profissional, com o objetivo da prestação de cuidados de excelência, houve participação nos Cursos de SBV (Anexo F), SAV (Anexo G) e Trauma (Anexo H). Existiu ainda presença no III Congresso da Seção Regional do Sul da OE (Anexo B) e no curso pré-congresso de Oxigenoterapia de Alto Fluxo (Anexo C). A participação neste curso pré-congresso veio colmatar uma necessidade verificada aquando da realização do estágio em enfermagem à pessoa em situação crítica na UCint em que diariamente contactámos com doentes submetidos a esta intervenção, existindo necessidade de compreender de forma mais detalhada os princípios inerentes a esta técnica.

O enfermeiro especialista deve ser um profissional facilitador dos processos de aprendizagem, através da atuação como formador, realizando programas desenhados à luz de necessidades previamente identificadas, de modo a contribuir no desenvolvimento de competências dos seus pares (OE, 2011b). Deste modo, e com o objetivo de contribuir na formação dos pares, foram realizados projetos de atualização e consolidação de conhecimentos, nomeadamente, uma formação em serviço acerca dos Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico (Apêndice J), e uma formação acerca das Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção (Apêndice M). No âmbito da última formação mencionada, foi realizado um poster (Apêndice N) que se encontra exposto em zonas estratégicas do SUP.

A realização do PIP pressupõe uma investigação rigorosa baseada na evidência científica mais atual, tendo sido desenvolvida uma revisão integrativa da literatura acerca dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma. Com a sua realização foi desenvolvido um compêndio das informações mais relevantes em situação de emergência – Livro Temático (Apêndice E), que visa uniformizar os cuidados prestados, garantindo a segurança dos doentes, através da diminuição de possíveis riscos/erros evitáveis. Foi também elaborada uma proposta de norma de procedimento de enfermagem, a qual se encontra em processo de autorização.

Na realização de atividades que visem a formação contínua dos pares, existiu um grande contributo dos conhecimentos adquiridos aquando do período teórico do Curso de Mestrado em Enfermagem, nomeadamente no que diz respeito às UC de Gestão e Governação Clínica, Formação e Supervisão Clínica em Enfermagem e Investigação em Enfermagem. É de salientar, que no contexto da última UC mencionada, foi realizado um artigo científico sob a forma de revisão integrativa da literatura subordinado ao tema “A Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva” (Apêndice O), o qual posteriormente foi aceite para publicação em capítulo de livro. De momento, aguarda-se a sua publicação.

No âmbito das competências adquiridas durante o período teórico, é ainda importante ressaltar, no domínio do auto-conhecimento e assertividade, a relevância da UC Relação de Ajuda em Enfermagem. Nas aulas referentes à UC mencionada, aprendemos a refletir criticamente sobre situações vivenciadas, partilhando-as com colegas e exprimindo sentimentos e dúvidas. Através desta partilha de experiências, verificou-se que, através do trabalho em equipa é possível tomar decisões que minimizem os danos causados por dada situação. Transpondo para uma situação prática, torna-se relevante abordar a comunicação de más notícias, em contexto de morte na SR – doente de cerca de 50 anos em choque hemorrágico dá entrada na SR vindo de serviço de internamento, foi entubado orotraquealmente, ventilado e submetido a múltiplas intervenções *lifesaving* no entanto acaba por falecer. Transmitir a má notícia à família da pessoa em situação crítica revelou-se bastante complicado e gerador de stress, tendo sido crucial, a decisão e transmissão de informação pensada e partilhada por vários elementos da equipa multidisciplinar. Após a sua transmissão, foi também crucial apoiar a família e permitir a sua despedida. Nesta situação, foi possível transpor várias estratégias disponibilizadas em aula, de forma a prestar um cuidado holístico em fim de vida tanto ao doente como à sua família.

A implementação de projetos de intervenção realizados segundo necessidades previamente identificadas, que visem a prestação de cuidados à luz de guias orientadores com base na investigação científica mais atual, revela-se crucial na promoção de cuidados de qualidade.

Face às situações explanadas, é possível afirmar que foram adquiridas, desenvolvidas e consolidadas as competências em análise.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica

- **K.1.1– Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.**

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados complexos e contínuos prestados à pessoa em risco imediato de vida, com uma ou mais funções vitais afetadas. Têm como objetivo a manutenção das suas funções básicas e a prevenção de possíveis complicações (OE, 2011a).

Durante a realização dos estágios, existiram múltiplas oportunidades de prestação de cuidados urgentes e emergentes à pessoa em situação crítica. Existiu oportunidade de contactar com doentes do foro médico e do foro cirúrgico, e de experienciar situações profissionais com as quais nunca se havia contactado. Neste âmbito é de referir o contacto com situações de ventilação mecânica invasiva, aspiração de secreções a doentes ventilados, realização de cinesioterapia respiratória com uso de *cough-assist*, administração de Oxigenoterapia de alto fluxo, monitorização invasiva da pressão arterial, colocação e manutenção de linha arterial, realização e análise de gasometrias arteriais, colocação de dreno torácico, administração de múltiplos medicamentos concomitantemente, mobilização de doentes politraumatizados, situações de choque hemorrágico causados por hemorragia digestiva alta, situações de paragem cardio-respiratória com realização de SAV, ventilação não invasiva, entre outros. Foi ainda possível colaborar e intervir no transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, nomeadamente para realização de exames complementares de diagnóstico, para realização de tratamentos de hemodiálise no serviço de nefrologia, transferências urgentes para o bloco operatório ou para o helicóptero do INEM para transferência inter-hospitalar. Previamente à realização de transporte intra-hospitalar da pessoa em situação

crítica, é determinante prever possíveis focos de instabilidade, planeando medidas que evitem ou reduzam os riscos inerentes.

Na prevenção e antecipação de sinais de instabilidade de uma pessoa em situação crítica, é fundamental escutar e perceber todos os sinais que o doente nos transmite. Um exemplo de uma situação vivenciada neste âmbito foi aquando da admissão de um doente politraumatizado por atropelamento admitido na sala de reanimação. Na admissão, o doente encontrava-se calmo, consciente e orientado, colaborante em todos os cuidados prestados, imobilizado em plano duro com queixas ligeiras. Apresentava de forma visível uma lesão supra-ciliar à esquerda e uma ferida traumática a nível do queixo, ambas com necessidade de sutura. Hemodinamicamente estável e sem sinais de gravidade aparentes. Neste caso, foi crucial a capacidade de resposta da equipa multidisciplinar que prevendo uma possível instabilidade do doente, reagiram precocemente na sua avaliação, verificando que o doente apresentava múltiplas fraturas, hemopneumotórax e lesão hepática. Perante tal situação, e tendo como objetivo a total recuperação do doente com as mínimas sequelas possíveis, decidiu-se em equipa, que o doente deveria ser entubado orotraquealmente, ventilado e vigiado em UCI. Nesta situação, verifica-se claramente a importância de agir rapidamente, minimizando as consequências da situação crítica que atravessa.

De forma a serem adquiridos conhecimentos acerca da prestação de cuidados emergentes à pessoa em situação crítica em diferentes contextos, foi ainda realizado um estágio de observação no INEM, nomeadamente em contexto de SIV e VMER. Esta experiência revelou-se bastante enriquecedora pois permitiu a tomada de decisões e realização de intervenções em ambientes desfavoráveis para o efeito, seja em casas de pessoas idosas sem condições de saneamento, ou até mesmo na rua.

Após a exposição das situações vivenciadas, considera-se que foi desenvolvida e adquirida a competência em análise.

- **K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.**

A aplicação de protocolos de atuação visa a uniformização dos cuidados de enfermagem, apoiando o enfermeiro no processo de tomada de decisão aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A produção de recomendações sistematizadas da prática de cuidados, tal como realizado nas Propostas de Normas de Procedimentos de Enfermagem referentes aos Cuidados de Enfermagem À Pessoa Vítima de Trauma na SR (Apêndice D) e Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico (Apêndice K), vai de encontro ao preconizado no conceito de boa prática de cuidados definido pela OE, que refere que:

A Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos. (OE, 2007, p. 4).

Em contexto de estágio, foi possível a consulta de protocolos existentes na UCInt e no SUP, os quais permitiram a aquisição de conhecimentos face aos procedimentos adotados e a uma maior segurança aquando da sua realização. Foi proporcionada a oportunidade de colaborar na preparação e administração de medicação, segundo protocolos terapêuticos, definidos previamente, nomeadamente no que diz respeito à administração de insulina intravenosa e administração de ácido tranexâmico em vítimas de trauma com sinais de hemorragia ou risco desta. Foi possível também observar a realização de triagem segundo os critérios de *Manchester* e a forma de ativação de vias verdes segundo critérios, previamente definidos.

Face ao exposto, considera-se ter desenvolvido e adquirido a competência em análise.

- **K.1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.**

A dor deverá ser reconhecida como um importante sinal vital, a ser avaliado constantemente, pois “O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde,

um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, p. 1). Deste modo, houve uma preocupação constante em avaliar a dor da pessoa cuidada, tendo por base a utilização das escalas preconizadas para o efeito, e efetuar intervenções com vista ao seu controlo. Foram adotadas medidas farmacológicas, conforme prescrição médica e também medidas não farmacológicas, nomeadamente no que respeita ao reposicionamento e acompanhamento da pessoa por parte de familiares/pessoas significativas. Posteriormente à avaliação da dor e tomada de medidas que visem o seu controlo, primou-se pela realização de registos rigorosos que contemplem todas as intervenções realizadas.

Transpondo a competência em análise para a situação alvo de investigação no PIP, podemos verificar que a literatura afirma a importância da avaliação e gestão da dor nos doentes vítimas de trauma. Este sinal vital deve ser avaliado através de recurso a escala de dor adequada face à situação do doente, tendo em consideração que, a existência de dor irá agravar toda a situação clínica da vítima, pois provoca aumento da tensão arterial, da frequência cardíaca, de focos hemorrágicos, sudorese e palidez, bem como hipoxia, hipoventilação e respiração superficial. Como medidas não-farmacológicas para alívio da dor dos doentes vítimas de trauma são mencionadas as seguintes intervenções: técnicas de relaxamento, aplicação de calor/frio local, cuidados de higiene e conforto, massagens, palavras e escuta de apoio, reposicionamentos que sejam confortáveis para a vítima, controlo de fatores ambientais, medidas de distração e de educação para a saúde (Cestari, Sampaio, Barbosa, Studart, Moura, & Araújo, 2015).

Ao analisar o controlo e gestão da dor em situação da pessoa vítima de trauma, à luz da teoria de *Afaf Meleis*, podemos verificar que, se os cuidados de enfermagem prestados forem de encontro às reais necessidades da pessoa em cada momento, os enfermeiros podem promover uma adaptação mais fácil tornando o processo de necessidade de mudança, como uma transição positiva.

Pelo referido, considera-se adquirida a competência em análise.

- **K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.**
- **K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.**
- **K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.**

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, implica por parte do enfermeiro, a aquisição de informações acerca da pessoa, o conhecimento de sistemas e redes de apoio, o estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica com o doente e sua família/pessoas significativas e a consciencialização de si mesmo (Meleis, 2012).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a):

Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2015a, p. 17241).

Num processo de transição saúde-doença, tal como ocorre quando a pessoa atravessa uma situação de doença crítica, o enfermeiro é o profissional responsável pela prestação de cuidados dirigidos às reais necessidades da pessoa cuidada, devendo para isso, integrar neste processo, a sua família e os diferentes contextos em que a pessoa se encontra inserida - familiar, social, económico, espiritual e cultural (Meleis, 2010). Sendo o enfermeiro, o profissional de saúde que acompanha o doente durante um maior período de tempo durante o seu processo de doença, assume a responsabilidade de auxiliar a pessoa na criação de estratégias para ultrapassar a situação que vivencia. Deste modo, *Afaf Meleis* (2012) defende que o enfermeiro deve apoiar, compreender e confortar a pessoa durante o processo de transição saúde-doença, dando especial atenção aquando da prestação de cuidados, à manutenção do respeito pelos valores defendidos pela pessoa cuidada, sendo facilitador do processo de transição.

Em contexto de urgência, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem ser promotores da consciencialização do processo de transição, pois só assim, a pessoa será capaz de reagir à mudança e procurar alterar determinados comportamentos em busca de um estado de bem-estar (Meleis, 2010).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica está associada a uma enorme tecnicidade e agilidade na realização de intervenções complexas, nas quais existe risco iminente de fim de vida. Experienciar situações de risco de vida influencia a vida não só do doente, como também da sua família, que acompanha de forma intensa o evoluir da situação clínica do doente. Deste modo, e com vista à promoção de um cuidado holístico, não só à pessoa em situação crítica, como também à sua família, é primordial que o enfermeiro proceda a um cuidado não apenas com ênfase na mestria da tecnologia como também que prima pela arte do cuidar.

Durante a realização dos estágios foi possível o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e sua família, bem como a comunicação acerca do estado de saúde da pessoa em situação crítica. Em contexto de urgência, a presença dos familiares revela-se preponderante na recolha da história clínica da pessoa em situação crítica, bem como na adesão desta aos cuidados prestados. Num estudo realizado por Engstrom, & Soderberg (2005), é referido que, em contexto de urgência, o cuidado à família corresponde à disponibilização de informações, demonstração de disponibilidade por parte do enfermeiro e pela construção de uma relação terapêutica, baseada na confiança e na capacidade que o enfermeiro possui em não esconder as suas próprias emoções. Os mesmos autores referem ainda que, as principais limitações à presença da família surgem por falta de tempo, pela tentativa de proteger a integridade dos doentes e por falta de condições do serviço (Engstrom, & Soderberg, 2005).

Em contexto de estágio e no âmbito da importância de integrar a família nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, foram diversas as situações marcantes e enriquecedoras de conhecimento. Como forma de refletir acerca das práticas, é de recordar uma situação vivenciada com a família de uma doente com cerca de 20 anos admitida na UCint após acidente de viação. Pessoa politraumatizada, muito queixosa, com múltiplas fraturas, com tração a nível do membro inferior esquerdo, colar cervical e necessidade de mobilização em bloco. Após o estabelecimento de uma comunicação com a mãe da doente, onde lhe foi explicada a situação e qual o plano a seguir, percebeu-se

que a mãe gostaria de colaborar nos cuidados e que tal situação, deixava a doente mais calma perante a situação que atravessava. Assim, e tendo em consideração as particularidades de uma unidade, realizou-se um ajuste das intervenções a realizar em cada horário, incluindo a mãe da doente nos cuidados prestados. Com esta intervenção de enfermagem foi possível cuidar da doente e da sua família, transformando a transição saúde-doença numa situação positiva, tal como defendido por Meleis.

No serviço de urgência, foi possível verificar que muitas das pessoas, se encontravam sozinhas a aguardar uma decisão médica. Tal fato demonstrou-se gerador de maior *stress*, e dificultador da recolha da história clínica do doente, primordial no planeamento de cuidados. Nestas situações, consideramos que o papel do enfermeiro é essencial no conforto da pessoa que recorre ao SU.

Face a todas as situações expostas, considera-se que foram desenvolvidas e adquiridas as competências em análise.

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

- **K.2.1 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.**
- **K.2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.**
- **K.2.3 – Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.**

De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil (Lei n.º 27/2006 de 3 de julho) a “Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2006, p. 4696).

Em situações de catástrofe, os cuidados prestados têm como objetivo “salvar o maior número de vidas e tentar minorar o impacto ao nível da morbilidade, no maior número de pessoas possível” (CHUA, 2018c, p. 1). Assim, é preconizado que os cuidados sejam prestados segundo o algoritmo ABCDE, e posterior controlo de danos, minimizando situações de morbilidade das pessoas cuidadas (CHUA, 2018c).

Durante a realização dos estágios realizados na UCint e no SUP existiu uma preocupação constante em conhecer o plano de catástrofe do hospital, compreendendo o papel de atuação de cada profissional destes serviços em situações de catástrofe, e analisando-o à luz do preconizado pela DGS (2010b) na Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro – Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Para além do conhecimento das normas do hospital, revelou-se também importante o conhecimento do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil.

Através da análise do Plano de Catástrofe do CHUA – Unidade de Faro, considerámos que seria importante este ser apresentado a todos os elementos da equipa multidisciplinar do serviço onde prestamos funções e que servirá como serviço de evacuação dos doentes que, previamente à catástrofe, se encontravam no SUP. Deste modo, foi elaborado o documento “Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA – Faro para o Serviço de Medicina 2B” (Apêndice P) o qual foi apresentado em contexto de reuniões informais realizadas com os elementos da equipa aquando dos momentos de passagem de turno. De forma a esquematizar as funções de cada elemento da equipa, assegurando um cuidado padronizado, que minimize os riscos associados, foram elaborados cartões de ação para o serviço de Medicina 2B (Apêndice Q), tal como elaborados para o SUP no Plano de Catástrofe do CHUA – Unidade de Faro. Os documentos realizados foram visualizados e corrigidos pela enfermeira responsável pela elaboração do plano de catástrofe do hospital e encontram-se no serviço de Medicina 2B, em dossier de fácil acesso, para consulta rápida de todos os elementos da equipa.

Através da elaboração das Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA - Unidade de Faro para o Serviço de Medicina 2B foi possível colaborar “na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço”. Por sua vez, com a elaboração dos Cartões de Ação para o serviço, contribuímos na sistematização das “ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência”, na liderança de “atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa” e na implementação de “medidas

correctivas das inconformidades de actuação”, tal como preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011a, p. 8657).

É ainda importante referir, o contributo essencial da UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 lecionada aquando do período teórico do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. Nesta UC foram disponibilizadas as ferramentas necessárias para compreendermos a importância da intervenção do enfermeiro especialista no que concerne à prevenção e atuação em situações de catástrofe.

Durante os estágios, não existiu ocorrência de nenhuma situação de catástrofe que permitisse aplicar os conhecimentos desenvolvidos e adquiridos neste contexto. No entanto, consideramos que as pesquisas realizadas e a elaboração dos guias orientadores para o serviço de Medicina 2B contribuíram para a otimização da atuação em situações futuras.

Face às atividades desenvolvidas, consideramos adquiridas as competências em análise.

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

- **K.3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.**
- **K.3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.**

São consideradas Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) aquelas que são adquiridas “pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (DGS, 2007).

No âmbito da prevenção e controlo de infeção e tendo em consideração a busca de novos conhecimentos com vista a um cuidado de excelência, durante os estágios foram consultadas as normas da DGS inerentes à temática, bem como os documentos do CHUA – Faro elaborados pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL – PPCIRA). Com a leitura e reflexão das normas e circulares relativas ao controlo de infeção, foi possível o “conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das directivas das Comissões de Controlo da Infecção” bem como a atualização e desenvolvimento de competências e de “conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo de infeção”, tal como preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011a, p. 8657).

Neste sentido, no estágio final foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica acerca das Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infeção, e realizada uma formação em serviço com o objetivo de determinar e aplicar “estratégias pro-activas a implementar no serviço em matéria de prevenção e controlo da infeção do serviço” após ter sido realizado um diagnóstico de “necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção” (OE, 2011a, p.8657). A formação em serviço (Apêndice M), foi fundamentada na evidência científica mais atual, introduzindo concomitantemente sugestões de melhorias, face às particularidades do SUP. Previamente à sua apresentação, realizaram-se entrevistas informais à enfermeira responsável do GCL-PPCIRA do CHUA- Unidade de Faro, que sugeriu algumas melhorias que foram incluídas no projeto.

Paralelamente à realização da formação em serviço, considerámos ainda pertinente a realização de poster de consulta rápida acerca das medidas adicionais de isolamento, atendendo às particularidades do SUP (Apêndice N).

Durante este processo de aprendizagem, era pretendido a realização de um estágio de observação no GCL-PPCIRA do CHUA (Unidade de Faro ou Portimão), no entanto, o estágio não foi aprovado pelo Departamento de Formação, pelo que não foi possível frequentá-lo tal como planeado e pretendido. Deste modo, e de forma a colmatar algumas necessidades verificadas, foram realizadas entrevistas informais à enfermeira responsável do GCL-PPCIRA do CHUA – Unidade de Faro de forma a esclarecer dúvidas existentes, na busca da prestação de melhores cuidados que visem a excelência da prática de enfermagem.

Paralelamente à realização do estágio, e sendo elo de ligação do GCL– PCIRA do CHUA – Unidade de Faro no serviço onde presto funções, contribui no estudo anual da DGS acerca da adesão da equipa multidisciplinar aos 5 momentos da lavagem das mãos.

Revela-se ainda importante referir o enorme contributo teórico da UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 5, que nos dotou dos conhecimentos necessários para o desenvolvimento e consolidação de saberes referentes à prevenção e controlo de infeção, com vista à obtenção das competências em análise.

Face às atividades desenvolvidas, consideramos como adquiridas as competências em análise.

Competência de Mestre, nº 7

Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Durante a realização do Estágio em Pessoa em Situação Crítica e do Estágio Final inseridos no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, foram diversas as atividades desenvolvidas.

Todo o percurso de aprendizagem foi pautado por objetivos definidos com vista à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Consideramos que foi um caminho de grande crescimento a nível pessoal e profissional. O desenvolvimento de uma prática especializada contribui para a segurança e melhoria dos cuidados prestados, em busca da excelência da prática dos cuidados.

Assim, face a todas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e à reflexão descrita no presente relatório, consideramos adquirida a competência em análise.

4. ANÁLISE DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

No decorrer do estágio, surgiram vários momentos de reflexão e discussão de ideias, que contribuíram para o desenvolvimento e crescimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

Foram realizados vários momentos de reunião com a Enf.^a Orientadora, Professora Orientadora e Enf.^o Chefe e Supervisor do SUP de forma a delinear estratégias facilitadoras e promotoras do processo de aprendizagem, com base nos objetivos pessoais delineados. Nestes momentos, existiu também uma reflexão e avaliação das aprendizagens já realizadas com vista a alcançar as competências de enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e as competências de mestre.

Ao longo das semanas de estágio, foram dadas orientações pela Enf.^a Orientadora e Professora Orientadora, no sentido de sugestões de melhoria dos projetos delineados no PE, com vista ao alcance de todas as atividades programadas no período de tempo estipulado.

Revela-se importante referir a importância da realização do PE, o qual funcionou ao longo do estágio, como um guia orientador das atividades a desenvolver, tendo sido facilitador do processo de aprendizagem.

A avaliação do estágio foi realizada de forma contínua, quer com a Professora Orientadora, quer com a Enf.^a Orientadora, com a qual foram realizados vários momentos de *debriefing*, analisando a prestação de cuidados realizados, através da discussão de conhecimentos e estratégias que visem uma melhoria dos cuidados prestados, com vista à excelência do cuidado. A avaliação final foi realizada em contexto de reunião formal com a Enf.^a Orientadora e a Professora Orientadora, onde foi analisada a realização das atividades definidas no PE, o desempenho profissional ao longo das semanas de estágio e o artigo científico elaborado no contexto do PIP, com o título “Intervenção de Enfermagem na abordagem à pessoa politraumatizada” (Apêndice F), de acordo com as regras de publicação da revista *Riase*.

5. CONCLUSÃO

Os Estágios realizados, na UCint e no SUP tiveram como foco a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Durante a sua realização, foram várias as situações em que existiu oportunidade de participar e colaborar no acolhimento e prestação de cuidados a pessoas vítimas de trauma, em situação crítica. Face a cada situação, é imprescindível a realização do planeamento dos cuidados de enfermagem, a sua execução e a avaliação das intervenções realizadas, com vista à prestação de um cuidado seguro e de qualidade.

A realização do presente RE revelou-se como um momento de análise crítica e reflexiva imprescindível no decorrer do processo de aquisição de novas competências. Foi possível qualificar a aquisição de cada competência, através de raciocínio clínico acerca do desenvolvimento de atividades que permitiram alcançar os objetivos delineados. No processo de aquisição e desenvolvimento de competências, foi realizada uma revisão integrativa da literatura de modo a consolidar conhecimentos à luz da evidência científica mais atual. Foram realizados vários momentos de discussão e partilha de conhecimentos com a Enf.^a Orientadora, Professora Orientadora e com a equipa do serviço onde foi realizado o Estágio. Tais momentos demonstraram-se bastante enriquecedores, na medida em que contribuíram para a reflexão crítica acerca da tomada de decisão e num saber agir fundamentado.

O ambiente em que decorreu o estágio final foi facilitador de todo o processo de aprendizagem e aquisição de novas competências, pois através do empenho e entejuda da Enf.^a Orientadora e toda a equipa de enfermagem foi possível realizar as atividades delineadas e alcançar os objetivos definidos.

Consideramos que, o desenvolvimento do PIP contribuiu para uniformização dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação, promovendo a melhoria dos cuidados e a segurança dos doentes. Neste âmbito, salienta-se a formação dos profissionais do SUP na área dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, e a realização de documentos que suportam os cuidados face à situação de cada pessoa, nomeadamente a norma de procedimento de enfermagem e o livro temático com o título

Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação.

No final da redação do presente RE, a proposta de norma ainda se encontra em fase de aprovação, no entanto, com as estratégias delineadas, ficam instrumentos para utilização futura que garantem a segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma.

A análise e reflexão crítica realizadas suportaram a concretização de mudanças de comportamentos e atitudes durante este processo de crescimento profissional, com vista a alcançar um cuidado de excelência, em prol das pessoas cuidadas. Consideramos que foram atingidos os objetivos delineados e que face ao exposto neste Relatório, foram adquiridas, desenvolvidas e colocadas em prática as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e as competências de mestre.

Com a conclusão desta etapa, inicia-se uma nova fase profissional mais exigente, pelas responsabilidades acrescidas que implica, mas também mais gratificante e desafiante, na procura da excelência do cuidado.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto de Enfermagem Julho-Setembro*, 14(3): 372-82. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>.
- American Psychological Association (2016). *Manual de estilo da APA: regras básicas (6ª edição)*. Porto Alegre: Artmed.
- Assembleia da República (2006). Lei n.º 27/2006 de 3 de julho em *Diário da República*, n.º 126/06, 1ª série – Lei de Bases da Proteção Civil. Lisboa: Assembleia de República.
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (s.d). Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem. Évora: Universidade de Évora. Disponível em [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/781/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/781/(basenode)/746).
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2016). Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem. Évora: Universidade de Évora. Disponível em [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/781/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/781/(basenode)/746).
- ATLS (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual*, 10ª edição. Chicago: American College of Surgeons. Disponível em <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>.

- Barros, J. (2013). *Intervenção Especializada de Enfermagem na Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma no Serviço de Urgência: Percurso de Aquisição de Competências*. (Relatório de Estágio), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15982>.
- Borges, L. & Brasileiro, M. (2018). Atuação do Enfermeiro no Atendimento ao Paciente Politraumatizado: Revisão Bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, volume 2, pp. 55-64. ISSN: 2448-0959.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017). *Organograma – Estrutura Orgânica*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-algarve-epe/>.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018a). *Relatório de Gestão e Contas 2017*. Faro: Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Disponível em http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/CHUA_RC2017.pdf.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018b). *Projeto de Formação em Serviço 2018 – Serviço de Urgência Geral*. Faro: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018c). *Plano de Catástrofe da Unidade Hospitalar de Faro*. Faro: Comissão de Catástrofe do CHUA – Unidade de Faro.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018d). Circular Normativa n.º 308/18 de 22/10/18 – *Nomeação da Comissão de Trauma do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE*. Faro: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019a). *CHUAlgarve em Números*. Disponível em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/area-de-influencia/#content>.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019b). *Plano de Integração – Serviço de Urgência Geral*. Faro: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Cestari, V., Sampaio, L., Barbosa, I., Studart, R., Moura, B. & Araújo, A. (2015). Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. *Revista Cogitare Enfermagem*, 20 (4), p. 701-710. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40819/26632>.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf.

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem- do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Almedina.

Direção Geral de Saúde (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/443/i005661.pdf>.

Direção Geral de Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa n.º 9 de 14 de junho de 2003*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2005). Protocolos de Triagem de Prioridades em Urgência. *Despacho n.º 19124/2005 de 17 de agosto*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2010a). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção Geral de Saúde (2010b). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Despacho n.º 10319/2014 publicado em Diário da República n.º 153/14, 2ª Série, a 11 de agosto de 2014*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Engstrom, A. & Sodeberg, S. (2005). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, volume 16, pp. 1651-1659. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x.
- Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma nursing core course (TNCC): Provider manual*. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association.
- Grupo Português de Triage (2015). *Sistema de Triage de Manchester*. Disponível em http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Abordagem à Vítima*, Versão 2.0. Lisboa: INEM. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). *Emergência Trauma*, Versão 1.0. Lisboa: INEM.
- ITLS (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers*, 8ª edição. Estados Unidos da América: American College of Emergency Physicians.

- Massada, S. (2002). *Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa*. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João. Disponível em <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000147-5cb905db2e/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Ressuscita%C3%A7%C3%A3o%20do%20doente%20com%20trauma.pdf>.
- Mattos, L. & Silvério, M. (2012). Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 25 (2), pp. 182-191. ISSN: 1806-1222.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Midle-Range and Situations-Specific Theories in Nursing Research and Practise*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing development & progress* (5ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2015). Transitions theory. In Smith & Parker (2015). *Nursing theories & nursing practice* (4ª edição), pp. 361-380. Philadelphia: Davis Company.
- Ministério da Educação e Ciência (2016). Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio em *Diário da República*, n.º 84/16, 2ª série. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/74313811>.
- Ministério da Saúde (2013a). Decreto-Lei n.º 69/2013 de 17 de maio. *Diário da República* n.º 95/2013, I série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013b). Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. *Diário da República* n.º 151/2013, I série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2015a). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio em *Diário da República*, n.º 102/15, 2ª série. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (2015b). Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Deontologia Profissional. *Diário da República* n.º 181/2015, I série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2015c). Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro em *Diário da República*, n.º 228/15, 2ª série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2017). Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. *Diário da República* n.º 162/2017, I série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Miranda, R. (2013). *A Intervenção Especializada do Enfermeiro à Pessoa Vítima de Trauma Grave: Uma abordagem diferenciada*. (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16201/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio.pdf>.
- Miranda, V., Mendes, J., Oliveira, A. & Santos, A. (2018). Nurse's assistance to polytraumatized: integrative review. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 7(2), pp. 79-85. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16201>.
- Mock, C., Lormand, J., Goosen, J., Joshipura, M. & Peden, M. (2004). Guidelines for Essential Trauma Care. Suíça: Genebra. doi: 10.1097/00024382-200501000-00016.
- Nunes, L. (2004). Ética de Enfermagem: Percursos e desafios. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº15, 2004.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Departamento de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro em *Diário da República* n.º 205/1996 –

I série A, atualizado no *Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores de boa prática de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro em Diário da República, 2ª série, n.º 35*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro em Diário da República, 2ª série, n.º 35*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012b). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro em Diário da República, 2ª série, n.º 233*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho em Diário da República, 2ª série, n.º 123*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março em Diário da República, 2ª série, n.º 48*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho em Diário da República, 2ª série, n.º 135*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro em Diário da República, 2ª série, n.º 26*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Ordem dos Médicos: Grupo de Trabalho em Trauma. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/normas-de-boua-pratica-em-trauma/>.
- Potter, P. & Perry, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. Brasil: Rio de Janeiro.
- Ribeiro, N. (2017). *Cuidar da pessoa em situação crítica por trauma: Um percurso de formação avançada em enfermagem especializada*. (Relatório de Estágio), Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/22503>.
- Richmond, T.& Aitken, L. (2011). A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of advanced nursing*, 67(12), p. 2741-2753. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05749.x.
- Santos, M., Santos, L., Oliveira, G. & Miranda, L. (2018). Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. *Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde*, 4 (2), pp. 11-22. ISSN: 2316-3143.

ANEXOS

Anexo A – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de
Ética do CHUA – Unidade de Faro

FW: Proposta Autorizada



Emanuel Jose Martins Mourao <morao@ch Algarve.min-saude.pt>

16/11/2018 09:40



Para: debora_martins28@hotmail.com Cc: Isabel Maria Pereira Jardim Ferreira Basilio, Enfermeiro Chefe Urgência G... ✓

Senhora. Enfermeira. Débora Martins, mestrand,

O CFIC-NFIE da Unidade de Faro do CHUA vem informar-lhe que a sua proposta de investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica pelo Instituto Politécnico de Setúbal, intitulada **Uniformização dos Cuidados de Enfermagem ao Doente vítima de Trauma na sala de reanimação** foi autorizada pelo Conselho de Administração do CHUA a 15-11-2018.

Neste sentido pode iniciar os procedimentos propostos em projecto, devendo informar-nos quando der por concluída a sua investigação. Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,

Emanuel Mourao

Enfermeiro | CFIC – Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem(NFIE) | Unidade de Faro do CHUA, EPE;
289891147 | Ext.: 11534
morao@ch Algarve.min-saude.pt



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Anexo B – Certificado de Presença no III Congresso da Seção Regional do
Sul da Ordem dos Enfermeiros



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DÉBORA PATRÍCIO DE AQUINO RAMIRES MARTINS

membro n.º **78561** desta Ordem, esteve presente no **III Congresso da Secção Regional do Sul** nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras** em Faro.

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Sul

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,3** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

Anexo C – Certificado de Presença no *Workshop*: Oxigenoterapia de Alto
Fluxo



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DÉBORA PATRÍCIO DE AQUINO RAMIRES MARTINS

membro n.º 78561 desta Ordem, esteve presente no **Workshop Oxigenoterapia de Alto Fluxo** que se realizou no dia **4 de Dezembro** de 2018, das 14h00 às 18h30, no Hotel Eva em Faro, como actividade pré-congresso no âmbito do **III Congresso da Secção Regional do Sul** que se realizou nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras** em Faro.

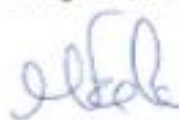
Faro, 6 de Dezembro de 2018.

Presidente do Conselho Directivo Regional
Secção Regional do Sul
Ordem dos Enfermeiros



Enfermeiro Sérgio Blanco

Vice-Presidente da Direcção
Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos



Enfermeira Maria Manuel Varela

Anexo D – Certificado de Interveniente: Abordagem ABCDE na pessoa
com cetoacidose diabética – caso fictício



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

DÉBORA PATRÍCIO DE AQUINO RAMIRES MARTINS

Membro n.º 78561 desta Ordem, participou no **III Congresso da Secção Regional do Sul**, que se realizou nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras em Faro**, enquanto **Coautora do Póster**, com o título:

**ABORDAGEM ABCDE NA PESSOA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA –
CASO FICTÍCIO**

Coautores:
Carla Valente
Carlos Quitério
Débora Martins
Maria do Céu Marques
Patrícia Perdigão

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 4,8 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e creditação de Actividades Formativas.

**Anexo E – Certificado de Interveniente: A Comunicação com a Pessoa
submetida a Ventilação Invasiva**



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

DÉBORA PATRÍCIO DE AQUINO RAMIRES MARTINS

Membro n.º 78561 desta Ordem, participou no III Congresso da Secção Regional do Sul, que se realizou nos dias 5 e 6 de Dezembro de 2018, no Teatro das Figuras em Faro, enquanto Coautora do Póster, com o título:

**A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO
INVASIVA**

Coautores:
Carla Valente
Carlos Quitério
Débora Martins
Lurdes Martins
Patrícia Perdigão

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 8,8 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e creditação de Actividades Formativas.

Anexo F – Certificado de Participação: Suporte Básico de Vida



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Débora Aquino Martins

24/08/1991

received the ERC qualification
Basic Life Support (BLS)
in Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
Course Director

.....



Date last course: 10/05/2018

This certificate is valid from 10/05/2018 to 10/05/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-922-153815

Anexo G – Certificado de Participação: Suporte Avançado de Vida



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Débora Patricio de Aquino Ramires Martins
24/08/1991

received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
in Setúbal, Portugal

Miguel SANTOS
Course Director



Date last course: 30/06/2018

This certificate is valid from 30/06/2018 to 30/06/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-216-025281

Anexo H – Certificado de Participação: *Advanced Provider Course*



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Débora Martins, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

9/23/2018

course site

IPS, Setubal,

course director

Luis Cardoso MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 18.00 Course #: 17-ITLS-P3-AP00 CEM Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 250, Dallas, Texas 75244 - 872.247.4442 - jacoff@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0028)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

274286-33822

Débora Martins, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 9/23/2018 Expiration Date 09/2021

Course Number 33822

Course Location IPS, Setubal,

APÊNDICES

Apêndice A – Projeto de Estágio do SUP do CHUA – Unidade de Faro

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Serviço de Urgência Polivalente

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira BP

(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Discente:

Débora Martins, nº 170531044

Setúbal, 7 de outubro de 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Serviço de Urgência Polivalente

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira BP

(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Discente:

Débora Martins, nº 170531044

Setúbal, 7 de outubro de 2018

ÍNDICE DE SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

APA - *American Psychological Association*

ARS – Administração Regional de Saúde

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

EPE – Entidade Público-Empresarial

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Enf^a – Enfermeira

Dr. – Doutor

Dra^a - Doutora

UCint – Unidade de Cuidados Intermédios

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio Final, inserida no plano de estudos do terceiro semestre do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, ano letivo 2018/2019. No estágio clínico pretende-se que o estudante, através de uma prática de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, adquira e consolide conhecimentos com vista a alcançar novas competências na sua formação enquanto futuro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crítica.

Um estágio clínico corresponde a “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências” (Alarcão & Rua, 2005, p.376). Assim, este contexto de aprendizagem fornece o contato com a prática, a mobilização de novos saberes e a construção da identidade profissional do enfermeiro. A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.8656). Segundo o Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem (REPE), o enfermeiro especialista é o profissional dotado de “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem” (OE, 2015, p.18).

O estágio encontra-se a decorrer no Serviço de Urgência Geral (SU) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro, sob orientação da Enfermeira (Enf^ª) BP (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica) e da Professora Doutora Dulce Santiago. Para além deste local de estágio, pretendo compreender o papel da enfermeira especialista no Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), pelo que me proponho a realizar 3 dias de estágio neste local; proponho-me ainda à participação em formações/congressos onde sejam apresentadas temáticas que contribuam para a minha aprendizagem.

De forma a delinear o estágio, foi proposta ao estudante a realização de um projeto, onde este defina as atividades que pretende desenvolver com vista ao desenvolvimento e consolidação de conhecimentos que promovam a aquisição de competências referentes ao grau de especialização a desenvolver. Neste, deve também

constar uma breve apresentação do projeto de intervenção a realizar ao longo do estágio. Findada a realização do projeto, este deverá ser apresentado à Enf^a Orientadora e à professora supervisora, com o objetivo de promover uma aprendizagem reflexiva através da pesquisa e resolução de problemas.

O presente projeto está organizado da seguinte forma: inicialmente será realizada uma breve caracterização do CHUA seguida de uma apresentação do Serviço de Urgência Geral, onde o estágio se encontra a decorrer; seguidamente irá ser apresentada a temática na qual se baseia o projeto de intervenção – “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”; posteriormente irei apresentar as atividades que me proponho desenvolver ao longo das semanas de estágio tendo por base o guia de competências defendido pela Ordem dos Enfermeiros (OE); seguindo-se as referências bibliográficas que contribuíram para a sua realização.

O presente trabalho é realizado de acordo com as normas de elaboração de trabalhos da *American Psychological Association* (APA), na sua edição mais recente, 6^a edição, e de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE (CHUA)

O Centro Hospitalar do Algarve (CHA), E.P.E. foi criado pelo Decreto-Lei (DL) nº 69/2013 de 17 de maio, resultando da fusão entre o Hospital de Faro, de Portimão e de Lagos. Mais tarde, no Decreto-Lei nº 101/2017 de 23 de agosto, foi alterada a designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), E.P.E., tendo sido transferidas para si as competências da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, relativamente ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS).

O CHUA é parte integrante do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e “constitui-se como uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial” (*DL nº 101/23 de 2017, p. 4973*).

A missão do CHUA é “prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde” (*DL nº 101/23 de 2017, p. 4972*).

O CHUA é composto pelas seguintes estruturas: Unidade de Faro, Unidade de Portimão e Unidade de Lagos, Serviços de Urgência Básica (SUB) de Vila Real de Santo António, Loulé e Albufeira e pelo CMFRS. Possui uma estrutura orgânica constituída em primeira instância pelo Conselho de Administração com serviço de auditoria interna. Fazem também parte da sua constituição, o conselho executivo com fiscal único. A sua organização divide-se em serviços clínicos departamentalizados, do qual fazem parte o departamento de cirurgia, departamento de emergência, urgência e cuidados intensivos, departamento materno-infantil, departamento de medicina e departamento de psiquiatria e saúde mental; em serviços clínicos não departamentalizados; serviços de apoio constituídos pelos serviços de apoio à prestação de cuidados e serviços e gabinetes de apoio à gestão e logística geral; e por comissões técnicas e órgãos consultivos (CHUA, 2017) .

1.1) Caracterização do Serviço de Urgência Polivalente (SUP)

O SU do CHUA é parte integrante do departamento de emergência, urgência e cuidados intensivos e assiste todos os doentes com idade superior a 18 anos. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde urgentes/emergentes durante todos os dias do ano, 24 horas por dia (CHA, 2016).

O SU localiza-se no 2º piso do edifício principal do CHUA, tendo um acesso principal para as pessoas que vêm do exterior, e um acesso interno para as pessoas que se encontram dentro do hospital. O serviço encontra-se dividido em 3 áreas distintas, que são as seguintes: área de prestação de serviços, área administrativa e áreas de apoio (CHA, 2016).

Área de prestação de serviços:

- Sala de Espera de Triagem e de doentes triados com pulseira verde/azul/branca;
- 2 gabinetes de triagem;
- Sala de espera doentes triados com pulseira amarela/laranja (sala 1);
- Sala de Reanimação/Diretos;
- Balcão Médico-Cirúrgico 1 (para realização de procedimentos de enfermagem a doentes independentes ou sentados) – composto pelo balcão de enfermagem (sala 3) e pelo balcão médico (com 4 box de observação médica);
- Sala de trauma (sala 7);
- Sala de otorrinolaringologia e oftalmologia (sala 8);
- Sala de pequena cirurgia (sala 9);
- Sala de espera para especialidades cirúrgicas/ortopédicas (sala 10);
- Sala de ortopedia (sala 11);
- *Open Space* no qual se encontra a Sala de OBS (com 4 espaços que permitem a monitorização contínua de doentes instáveis); internamento SO (para doentes internados

que aguardam vaga nos pisos); e o balcão Médico-Cirúrgico 2 (para realização de procedimentos de enfermagem a doentes acamados);

- Unidade de Cuidados Intermédios (UCint) com capacidade máxima de 10 doentes que necessitam de vigilância contínua por instabilidade hemodinâmica.

Área Administrativa:

- Balcão de admissão;
- Secretariado;
- Gabinete do diretor clínico;
- Gabinete do enfermeiro chefe;
- Sala de reuniões;
- Gabinete médico;
- Núcleo de transportes.

Áreas de apoio:

- Copa;
- Armazém clínico;
- Sala de despejos;
- Casas de banho para profissionais (2);
- Casas de banho para utentes/familiares (5);
- Sala de banho assistido.

A entrada da pessoa doente neste serviço inicia-se pela sala de admissão, sendo de seguida chamada por um enfermeiro para a sala de triagem, onde lhe será atribuída uma pulseira de prioridade (utilizando um código de cores), segundo a escala da triagem de Manchester. Após a triagem, os doentes podem seguir várias direções, pois se for um doente triado de vermelho ou acompanhado pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) segue para a sala de reanimação; se triado de amarelo/laranja mas apresentar critérios de gravidade ficará na antecâmara da sala de reanimação; se triado de amarelo/laranja e for independente fica na sala 1; se triado de verde/azul ou branco fica na sala de espera exterior; se doente acamado independentemente da triagem atribuída vai para a sala de decisão clínica onde se situa o balcão 2 (CHA, 2016).

A equipa multidisciplinar do serviço é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistente social, administrativos, vigilantes, nutricionista, funcionárias do serviço de limpeza e funcionárias do serviço de alimentação (CHA, 2016).

A equipa de enfermagem deste serviço é composta por 73 enfermeiros, sendo maioritariamente jovem (com idade inferior a 30 anos), sendo que destes, 3 elementos possuem mestrado, 4 elementos têm pós-graduação e 9 elementos têm pós-licenciatura de especialização (3 em saúde comunitária, 2 em saúde mental e psiquiatria, 1 em reabilitação e 3 em enfermagem médico-cirúrgica). Para organização do serviço, esta equipa subdivide-se em 5 equipas, sendo uma destas, a equipa da unidade de cuidados intermédios (CHUA, 2018b).

Em cada escala de trabalho são previstos para o turno da manhã um total de 15 enfermeiros, para o turno da tarde 15/16 enfermeiros e para o turno da noite 13 enfermeiros. No início de cada turno, os enfermeiros são distribuídos por sectores de trabalho assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados e registos dos mesmos aos doentes alocados no seu sector. É ainda denominado para cada turno um enfermeiro responsável, designado por chefe de equipa o qual assume responsabilidades a nível da gestão de cuidados, gestão dos recursos humanos, gestão de recursos materiais e promoção de um bom ambiente de trabalho (CHA, 2016).

2. APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como temática a desenvolver no projeto de intervenção, optei pela escolha da “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”. Este tema surgiu, não só por ser um tema que me desperta curiosidade de investigar, como também por ser uma necessidade observada na urgência. Após entrevista informal à enfermeira orientadora, chegamos à conclusão de que esta é uma área que necessita de intervenção no SU, pois como referido anteriormente, a equipa de enfermagem é bastante jovem, não tendo a maioria formação em trauma.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), o trauma é, atualmente em Portugal, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, sendo a sua principal incidência em vítimas jovens (DGS, 2010). A maioria dos casos de trauma são consequência de acidentes de viação (55%), seguindo-se outro tipo de acidentes como os desportivos (22%), as quedas (17%) e agressões (6%) (INEM, 2012).

Segundo estudos efetuados anteriormente, o nosso país apresenta uma taxa de mortalidade por acidentes bastante superior à de outros países europeus, sendo que é possível verificar que tal fato se deve a uma deficitária e desorganizada assistência às vítimas de trauma. Assim sendo, é imprescindível que todos os profissionais de saúde conheçam a cadeia de sobrevivência e abordagem a estas vítimas (Ordem dos Médicos, 2009).

A abordagem a uma vítima de trauma envolve vários recursos humanos e vários meios, como por exemplo, bombeiros, polícia de segurança pública, profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), profissionais do hospital para onde o doente é encaminhado (Ordem dos Médicos, 2009). Desta forma, é importante que os cuidados na abordagem ao doente vítima de trauma se encontrem uniformizados, para que cada profissional saiba o que pode fazer, como deve fazer e quando deve fazer cada procedimento, pois só através do trabalho de equipa é possível a prestação dos melhores cuidados a pessoa que deles necessita.

Segundo a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, no ano 2017 ocorreram no distrito de Faro, 2030 acidentes com veículos a motor com 2630 vítimas a registar.

Destas pessoas acidentadas, resultaram 30 vítimas mortais, 192 vítimas graves e 2408 vítimas leves.

No ano 2010, a Direção Geral de Saúde (DGS) implementou a nível nacional a *Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*, a fim de seguir as recomendações do Departamento da Qualidade em Saúde, a qual defende a existência de uma equipa de trauma organizada em todos os serviços de urgência. Segundo esta norma, a abordagem ao doente vítima de trauma deve-se iniciar com a realização da avaliação primária seguindo a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) e estabilização inicial, as quais não devem demorar mais de 20 minutos. Em seguida, deverá ser realizada, no período máximo de 1 hora, a avaliação secundária. A presente norma defende ainda que é indispensável que todos os profissionais de saúde tenham acessibilidade ao material e equipamento necessários para a abordagem (DGS, 2010).

O projeto de intervenção será desenvolvido tendo como objetivo geral:

- Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, na sala de reanimação.

Como objetivos específicos pretendo desenvolver as seguintes intervenções:

- Consolidar conhecimentos da equipa de enfermagem face à temática do trauma;
- Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação;
- Promover a segurança dos cuidados às vítimas de trauma admitidas no SUP, através da criação e adoção de estratégias de intervenção.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	Atividades a desenvolver
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de enfermagem com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão; - Demonstrar uma tomada de decisão ética na avaliação das necessidades da pessoa cuidada em colaboração com enfermeira orientadora.
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de enfermagem seguros, que visem o respeito pela privacidade e dignidade da pessoa doente; - Demonstrar respeito pelas preferências da pessoa cuidada, adaptando os cuidados prestados às suas reais necessidades; - Realizar uma gestão diferenciada da dor da pessoa em situação crítica, aplicando uma correta escala de avaliação; - Realizar uma correta abordagem de cuidados, tendo em conta a prioridade de doentes realizada através da escala de triagem de Manchester.
B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar entrevista informal à enfermeira orientadora acerca das necessidades de intervenção do serviço, de forma a delinear o projeto a desenvolver; - Recolha de dados necessários para a realização do projeto de intervenção, no serviço de urgência; - Participação nas formações de serviço realizadas.

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar planeamento dos cuidados de enfermagem; - Realizar registos de enfermagem que reflitam os cuidados prestados; - Participar na passagem de turno, de modo a contribuir para a continuidade dos cuidados.
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de enfermagem tendo em conta a segurança dos doentes, a minha própria segurança e a da restante equipa multidisciplinar, - Preparar e administrar terapêutica de forma segura, tendo em conta o feixe de intervenção.
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta a equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender o processo de gestão dos recursos humanos do SUP; - Compreender o papel do enfermeiro chefe de equipa; - Prestar cuidados de enfermagem pelo grau de prioridade dos doentes, tomando decisões com base em critérios de gravidade da situação de doença.
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o trabalho em equipa; - Compreender o processo de tomada de decisão no que respeita a gestão dos recursos face à necessidade de cuidados da pessoa em situação crítica e sua família.

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	<ul style="list-style-type: none"> - Integração no seio da equipa multidisciplinar; - Refletir acerca daquilo que sou enquanto pessoa; - Promover momentos de reflexão sobre a praxis clínica desenvolvendo respostas eficazes e eficientes em situações de exigência; - Promover um ambiente de entreajuda em prol da pessoa cuidada e da sua família/pessoas significativas.
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar momentos de <i>debriefing</i> com a enfermeira orientadora, através da análise de situações reais; - Realizar pesquisas diárias acerca de temáticas que surgem na prática clínica; - Manter uma tomada de decisão baseada na evidência científica mais atual, através de investigação pessoal em bases de dados; - Suportar a prática de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, com base em evidência científica.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	Atividades a desenvolver
K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a dinâmica do SUP; - Consolidar e desenvolver conhecimentos seguindo a avaliação e tratamento do doente em situação crítica segundo a metodologia ABCDE; - Desenvolver e consolidar conhecimentos acerca da realização da triagem de doentes, utilizando a triagem de Manchester; - Compreender o processo de admissão de doentes na sala de reanimação; - Compreender e consolidar conhecimentos acerca do papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na sala de reanimação; - Desenvolver e consolidar conhecimentos relativamente aos cuidados de enfermagem perante a pessoa em situação crítica com necessidade de ventilação mecânica invasiva; - Realizar uma correta avaliação do estado de consciência dos doentes em situação crítica, através da escala de coma de Glasgow, atuando precocemente perante possíveis complicações; - Desenvolver e consolidar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem perante o doente politraumatizado; - Compreende o papel do enfermeiro nos diferentes sectores do SUP;

	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir uma comunicação terapêutica com a pessoa em situação crítica e sua família/pessoas significativas; - Identificar sinais de instabilidade clínica prevenindo possíveis complicações; - Desenvolver o projeto de intervenção “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”; - Desenvolver um Livro Temático acerca dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação; - Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem com o título: “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”;
K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o plano de emergência interna do CHUA – Faro; - Conhecer o modo de atuação da equipa do SUP em caso de catástrofe ou emergência multi-vítima; - Apresentar à equipa multidisciplinar do serviço de internamento medicina 2B o plano de catástrofe do hospital, e elaborar cartões de ações para os elementos da equipa deste serviço aquando da sua ativação.
K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver uma prática de enfermagem segura através da aplicação das precauções básicas do controlo de infeção para cada doente; - Aplicar os feixes de intervenção no decorrer da prática clínica diária;

<p>orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar as medidas de isolamento adicionais sempre que ocorra identificação de microrganismos patogénicos; - Compreender o papel da enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no GCL – PPCIRA; - Realizar uma sessão de formação em serviço sobre “Precauções Básicas e Adicionais de Isolamento”.
---	---

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto de Enfermagem Julho-Setembro*, 14(3): 372-82.

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2017). *Relatório de sinistralidade dezembro 2017 do Distrito – Faro*. Acedido em <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2017/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20-%20V%C3%8DTIMAS%20A%2024%20HORAS/Faro%202017%2024h.pdf>, a 3 de outubro de 2018.

Centro Hospitalar do Algarve (2016). *Plano de Integração – Serviço de Urgência Geral*. Faro: Centro Hospitalar do Algarve.

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2017). *Organograma – Estrutura Orgânica*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-algarve-epe/>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). *Projeto de Formação em Serviço 2018 – Serviço de Urgência Geral*. Faro: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Decreto-Lei n.º 101/17 de 23 de agosto. *Diário da República n.º 162/17 – I série*. Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010*.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Emergências Trauma – Manual TAS*. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%A2ncias-Trauma.pdf>, a 30 de setembro de 2018.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº35, de 18 de fevereiro.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª série, nº35, de 18 de fevereiro.

Ordem dos Enfermeiros (2015). REPE – Estatuto. *Decreto-Lei nº 156/2015 de 16 de setembro*.

Ordem dos Médicos (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Acedido em <file:///D:/Nomas%20e%20Circulares/normas%20boa%20prática%20OM.pdf>, a 1 de outubro de 2018.

Apêndice B – Questionário aplicado à Equipa de Enfermagem do SUP do
CHUA – Unidade de Faro

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é redigida, queira por favor, assinar este documento.

Título do Estudo: Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação.

Enquadramento: 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em associação com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crítica (Associação entre Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco).

Orientadora – Professora Doutora Maria Dulce Santiago (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja).

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende uniformizar a abordagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação. Com este estudo, pretende-se contribuir na prestação de cuidados mais seguros e de qualidade.

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o fim a que se destinam, não existindo identificação de nenhum dos participantes e garantindo o total anonimato dos mesmos. Caso o participante manifeste vontade em abandonar e não colaborar no estudo durante o período de investigação, poderá fazê-lo sem qualquer consequência.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica.

Investigador: Débora Patrício de Aquino Ramires Martins

Contacto Telefónico: [REDACTED]

Endereço Eletrónico: [REDACTED]

Assinatura:

Data:

____/____/____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura do Participante:

Data:

____/____/____

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Caro colega,

Eu, Débora Patrício de Aquino Ramires Martins, enfermeira no serviço de Medicina 2B/Hematologia Clínica do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estou a desenvolver um trabalho de projeto de intervenção no contexto de Estágio no Serviço de Urgência Polivalente, com o seguinte tema: “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”.

Com este questionário, pretendo realizar um diagnóstico de situação no sentido de avaliar a pertinência do estudo e a necessidade formativa existente face à temática. Com a realização do projeto de intervenção é pretendido colaborar na melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma.

O seu preenchimento é voluntário e anónimo, sendo que a colaboração de todos é fundamental.

1. Idade _____

2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Habilitações Académicas:

Licenciatura ☐

Pós-Graduação ☐ qual? _____

Mestrado ☐ qual? _____

Pós-Licenciatura de Especialização ☐ qual? _____

Doutoramento ☐ qual? _____

4. Tempo de exercício profissional (anos): _____

5. Tempo de exercício profissional no SU (anos): _____

6. Possui curso de trauma? Sim ☐ qual? _____ Não ☐

7. Considera pertinente o tema alvo de estudo?

Sim, necessita de intervenção ☐

Não, considero que já foi alvo de estudo ☐

8. Comentários/Sugestões

Muito Obrigado pela colaboração!

Apêndice C – Planeamento do PIP: Uniformização dos Cuidados de
Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

2017-2019

PLANEAMENTO DO PROJETO

ESTUDANTE: Débora Patrício de Aquino Ramires Martins	ENFERMEIRA ORIENTADORA: Enfª BP (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro	Serviço: Urgência Polivalente
TÍTULO DO PROJETO: Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação.	
<p><u>OBJETIVO GERAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, na sala de reanimação. <p><u>Objetivos Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar conhecimentos da equipa de enfermagem face à temática do trauma; • Elaborar uma proposta de norma de procedimento de enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação; 	

IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO COM QUEM SE ARTICULA A INTERVENÇÃO:

Docente de Referência: Professora Doutora Maria Dulce Santiago

Enf.º Chefe do Serviço de Urgência – Enf.º JS

Enf.ª Orientadora – Enf.º BP Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Polivalente do CHUA – Unidade de Faro

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	
		HUMANOS	MATERIAIS
1 - Consolidar conhecimentos da equipa de enfermagem face à temática do trauma	<ul style="list-style-type: none">• Revisão Integrativa da Literatura realizada em bases de dados científicas e livros de cursos certificados relacionados com os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma;• Realização do Livro Temático com o título “Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação”;• Validação do Livro Temático com a Enf.ª Orientadora e Professora Orientadora;	<ul style="list-style-type: none">- Professora Orientadora;- Enf.ª Orientadora;- Enf.ª Chefe e Supervisor do SUP;- Equipa de enfermagem do SUP.	<ul style="list-style-type: none">- Bases de dados científicas,- Livros de referência acerca do trauma;- Computador;- Folhas de papel;- Impressora;- Encadernação.

<p>2 - Elaborar uma proposta de norma acerca da abordagem ao doente vítima de trauma na sala de reanimação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação da preparação do Livro Temático aos elementos da equipa de enfermagem do SUP; • Apresentação do Livro Temático ao Enf.º Chefe do SUP para aprovação do mesmo e início de utilização; • Divulgação dos documentos realizados na SR para consulta e utilização por parte de todos os elementos da equipa de enfermagem. • Revisão integrativa da literatura através do recurso a bases de dados científicas e livros de referências relacionados com os cuidados de enfermagem ao doente vítima de trauma; • Elaboração da proposta de norma de procedimento de enfermagem; • Discussão e validação da proposta de norma com a Enf.^a Orientadora e Professora Orientadora; 	<ul style="list-style-type: none"> - Professora Orientadora; - Enf.^a Orientadora; - Enf.^a Chefe e Supervisor do SUP; - Equipa de enfermagem do SUP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados científicas; - Livros de referência acerca do trauma; - Computador; - Folhas de papel; - Impressora.
--	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação da proposta de norma de procedimento de enfermagem aos elementos da equipa de enfermagem do SUP; • Apresentação da proposta de norma de procedimento de enfermagem ao Enf.º Chefe e Supervisor do SUP para parecer e aprovação. 		
<p>Orçamento:</p> <p><u>Recursos Humanos:</u> Sem custos associados.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Impressão e Encadernação +/- 8€</p>			
<p>Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:</p> <p>- Resistência à mudança pela equipa de enfermagem. A estratégia é a motivação constante por meio do reforço positivo.</p>			


- Envolver a equipa de enfermagem no projeto, por forma a salientar a pertinência da temática e os ganhos em saúde posteriormente obtidos.

Data __/__/____ Estudante: _____ . Docente: _____

Cronograma do Planejamento de Atividades

	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Integração no Serviço de Urgência Polivalente	×				
Conhecimento dos Protocolos existentes no SUP	×	×			
Aplicação de questionários à equipa de enfermagem				×	×
Realização de Pesquisa Bibliográfica		×	×	×	
Elaboração do Livro Temático		×	×	×	
Elaboração da proposta de norma				×	×
Apresentação dos trabalhos elaborados					×
Avaliação					×

Apêndice D – Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem:
Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma
na Sala de Reanimação

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM	Nº /NP/CHA	Página 1 de 14
ASSUNTO: Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação		ELABORADA POR: Enfª Débora Martins Enfª BP Em: 22/01/2019	
		VALIDADO POR: Em: / /2019	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR QUADRO DE REFERÊNCIAS – Norma Hospitalar		APROVADA POR:	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo Múltiplo, Enfermagem em Emergência, Segurança do Doente.			

I – INTRODUÇÃO

O trauma é considerado um grave problema de saúde pública. Segundo o *Emergency Nurses Association* (ENA, 2007), o trauma é definido como uma lesão por transferência de energia, superior à tolerada pelo corpo, que pode ocorrer nos tecidos ou nos órgãos. Segundo o manual de *Advance Trauma Life Support* (ATLS, 2018), é estimado que no ano 2020 o número de mortes por trauma aumente de forma drástica, estimando-se que, mais do que 1 em 10 pessoas, venha a morrer por situação de trauma. Assim, o trauma é considerado uma doença, sendo o hospedeiro o doente e o vetor de transmissão, o automóvel, arma, entre outros (ATLS, 2018).

A otimização dos cuidados ao doente vítima de trauma é alcançada através de uma abordagem sistematizada e organizada, trabalhando em equipa, sendo que, o número de casos de mortalidade e morbilidade dos doentes vítimas de trauma pode ser diminuído através da formação dos enfermeiros (ENA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a uniformização dos procedimentos efetuados à pessoa em situação crítica, em todas as salas de reanimação, sendo esta uma das medidas eficazes para diminuir a taxa de mortalidade (OMS, 2009).

Objetivos:

- Uniformizar a abordagem à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação;
- Desenvolver a dinâmica funcional e estrutural da equipa de enfermagem;
- Desenvolver uma ferramenta organizada, objetivando a eficácia dos cuidados, de acordo com a evidência científica e recomendações mais atuais;
- Contribuir na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, prestados à pessoa vítima de trauma na Sala de Reanimação.

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente do CHUA - Unidade de Faro.

Frequência: A aplicar sempre que é admitida uma pessoa vítima de trauma na sala de reanimação.

Orientações Gerais:

- A presente norma destina-se a ser aplicada a todas as pessoas vítimas de trauma admitidas na sala de reanimação;
- A abordagem à pessoa deve ser realizada de forma individualizada e devidamente planeada;
- As intervenções a realizar devem ser aplicadas de forma holística, atendendo à situação clínica de cada vítima de trauma, sendo passíveis de alterações consoantes necessidade.

II – ORGANIZAÇÃO E ABORDAGEM DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NA SALA DE REANIMAÇÃO

A Sala de Reanimação (SR) visa a avaliação e prestação de cuidados imediatos ao doente crítico. Nesta sala são prestados cuidados de elevada complexidade, tendo como objetivo primordial, a receção de doentes em risco de vida eminente, provenientes do exterior ou de outras unidades de saúde, bem como, avaliar, reanimar e otimizar o estado de saúde do doente crítico que posteriormente será transferido para o local de tratamento definitivo (Ordem dos Médicos, 2009).

A SR deve encontrar-se sempre preparada para a receção de novos doentes. Apesar da importância do trabalho de equipa na abordagem ao doente crítico, o número de elementos na SR deverá ser restrito ao essencial, sendo que a comunicação entre os elementos deve ser realizada de forma clara e precisa, devendo o *team leader* distribuir tarefas pelos elementos afirmando o nome da pessoa que as deve executar. Este elemento deverá fazer entender que compreendeu o que lhe foi solicitado, e após a execução da intervenção, deve comunicar que esta já se encontra realizada (Massada, 2002).

Seguindo as recomendações emanados pela DGS (2010) na Circular Normativa nº 7, são critérios de ativação da equipa de trauma na SR os fatores definidos na tabela seguinte:

Tabela 1 - Critérios de Ativação da Equipa de Trauma na SR

Sinais Vitais e Nível de Consciência
<ul style="list-style-type: none">● Frequência Respiratória menor que 10 ou superior a 29 ciclos por minuto;● Saturação Periférica de oxigénio inferior a 90% com uso de oxigénio suplementar;● Tensão Arterial Sistólica inferior a 90 mmHg;● Escala de Goma de Glasgow (ECG) inferior a 14 ou descida 2 pontos desde o incidente.

Anatomia da Lesão

- Trauma penetrante da cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e/ou joelho;
- Retalho Costal;
- Fratura de 2 ou mais ossos longos;
- Fratura da bacia;
- Fratura do crânio com afundamento;
- Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo;
- Trauma com queimaduras associadas;
- Queimaduras Graves – mais de 20% de 2º grau ou mais do que 5% de 3º grau;
- Queimaduras com inalação;
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo ou circunferenciais das mãos ou pés.

(Fonte: DGS, 2010)

Perante a existência de uma vítima de trauma que carece de cuidados diferenciados, o hospital é notificado por parte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) que irá receber uma vítima dentro de determinado período de tempo. Perante esta notificação, o enfermeiro responsável naquele turno pelo SR, deve ativar os membros da equipa de trauma e distribuir tarefas, sendo ele o *Team Leader*. Deve ainda assegurar que tem todo o equipamento e material necessário disponível.

A abordagem da equipa de enfermagem em situações de trauma inclui a avaliação das vítimas, execução de intervenções e avaliação dos doentes, pelo que envolve diversas funções e responsabilidades (ENA, 2007). Assim sendo, a clarificação das funções de cada elemento da equipa aquando da admissão da vítima de trauma contribui para facilitar

a articulação em equipa e garante uma rápida e eficiente resposta em situação de emergência.

III – CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SR

A abordagem da equipa de enfermagem em situações de trauma abrange, juntamente com a equipa multidisciplinar, a avaliação das vítimas, execução de intervenções e avaliação dos doentes, pelo que envolve diversas funções e responsabilidades, nomeadamente:

- Determina, gere e coordena os cuidados de enfermagem;
- Estabelece e promove uma relação enfermeiro-doente para providenciar cuidados;
- Documenta os cuidados ao doente de trauma;
- Avalia a investigação e incorpora os resultados importantes na prática.

(ENA, 2007)

A abordagem ao doente vítima de trauma deve-se iniciar com a realização da avaliação primária seguindo a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) e estabilização inicial, as quais não devem demorar mais de 20 minutos. Em seguida, deverá ser realizada, no período máximo de 1 hora, a avaliação secundária (DGS, 2010).

1. Avaliação Primária

Deve ser realizada tendo em conta a mnemónica ABCDE, a qual é baseada nos critérios de maior gravidade que podem conduzir à mortalidade. A avaliação deve demorar menos de 20 minutos, e deve ser realizada frequentemente, de forma a identificar possíveis alterações no estado do doente que necessitem de intervenção adicional (ATLS, 2018).

Tabela 2 – Abordagem ABCDE

<i>A</i>	<i>Via Aérea e Controle da Coluna Cervical</i>
<i>B</i>	Ventilação e Oxigenação
<i>C</i>	Circulação e Controle de hemorragia
<i>D</i>	Disfunção Neurológica
<i>E</i>	Exposição e Controle de Temperatura

(Fonte: Elaboração Própria)

Após esta avaliação, é necessário verificar se a vítima é ou não crítica, ou seja, se apresenta algum tipo de compromisso nos parâmetros avaliados anteriormente. Se a vítima for considerada crítica, deve-se proceder precocemente à realização de exames complementares de diagnóstico, considerados prioritários, e antecipar a necessidade de transferência, intra ou extra-hospitalar (ATLS, 2018).

A – Via Aérea e Controle da Cervical

Assegurar a manutenção de uma via aérea permeável e manter oxigenação e ventilação eficazes, são primordiais na abordagem ao doente vítima de trauma. O controle da cervical pressupõe a estabilização, alinhamento e completa imobilização da coluna (ITLS, 2016).

- Se a vítima não tiver colocado colar cervical, deve-se proceder inicialmente à estabilização manual da cervical, colocando em seguida o colar;
- Se existir necessidade de trocar/retirar o colar cervical, é fulcral que a estabilização da coluna cervical seja realizada manualmente, mantendo a coluna cervical numa posição neutra;
- Realizar inspeção e palpação do pescoço identificando possíveis lesões, desvio da traqueia, ingurgitamento das jugulares ou enfisema subcutâneo;

- Proceder a manobras manuais para permeabilização da via aérea (elevação do queixo ou subluxação da mandíbula) e detetar possíveis alterações (remoção de dentes soltos ou objetos estranhos;
- Aspiração de secreções, se necessário;
- Se respiração ineficaz, recorrer à utilização de adjuvantes da via aérea (tubo orofaríngeo, tubo nasofaríngeo) ou métodos invasivos (máscara laríngea, intubação traqueal ou cricotiroidotomia). Se necessidade de intubação, proceder anteriormente à ventilação do doente com insuflador manual e administrar terapêutica, incluindo indutor do estado de consciência.

B – Ventilação e Oxigenação

Nos doentes vítimas de trauma, devem ser assegurados os cuidados necessários para a manutenção de uma Saturação Periférica de Oxigénio (SpO_2) superior a 95%, assegurando assim, a manutenção de uma Pressão parcial de oxigénio (PaO_2) superior a 70 mmHg (ENA, 2007).

Assim, se a vítima apresentar claros sinais de dificuldade respiratória, deve-se proceder à administração de oxigénio imediato, utilizando preferencialmente, uma máscara de *Hudson*, também conhecida como máscara de alto débito com reservatório (ENA, 2007).

Nesta avaliação é importante a verificação da oximetria de pulso, inspeção do tórax (utilização de músculos acessórios, avaliação de frequência, amplitude e ritmo respiratório, verificar possíveis assimetrias, verificar deformidades, existência de pontos de dor) e auscultação e percussão do tórax (ENA, 2007).

Se a vítima apresentar uma frequência respiratória inferior a 8 ou superior a 35 ciclos por minuto, com depressão neurológica associada, deve-se iniciar suporte ventilatório (ENA, 2007).

C – Circulação e Controlo de Hemorragia

A hemorragia é a principal causa de choque, pelo que devem ser identificados precocemente, possíveis focos hemorrágicos, intervindo e antecipando possíveis complicações. Posteriormente deverá ser avaliado o pulso central e periférico (frequência, amplitude e ritmo; se pulso radial ausente, é um sinal de choque), a pele (humidade, temperatura e coloração), tempo de preenchimento capilar (normal se inferior a 2 segundos), realizar monitorização electrocardiográfica, puncionar preferencialmente 2 acessos venosos periféricos, realizar colheita de sangue para análises, identificar possíveis fontes de hemorragia oculta, administrar reposição volémica com solução cristalóide para garantir manutenção da tensão sistólica entre 80-100 mmHg e estabilizar possíveis fraturas de ossos longos, como a pélvis (ENA, 2007).

D – Disfunção Neurológica

A disfunção neurológica é avaliada através da aplicação da Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação da reação pupilar e avaliação da glicemia capilar. Se o doente apresenta um valor de ECG inferior a 8, significa que se deve proceder a entubação orotraqueal (ITLS, 2016).

E – Exposição e Controlo de Temperatura

Nesta última abordagem da avaliação primária, deve-se expor o corpo da vítima, verificando todas as lesões, garantido dentro do possível, a privacidade e dignidade da pessoa. Deve ainda providenciar-se a prevenção da hipotermia com recurso a meios de aquecimento externo e assegurar a descontaminação da vítima, se tiver ocorrido exposição a substância perigosa. Verificar se existem provas com necessidade de conservação segundo critérios da polícia judiciária (ITLS, 2016).

2. Avaliação Secundária

Trata-se de um exame detalhado da cabeça aos pés que se realiza ao doente vítima de trauma, após término da avaliação primária. Esta avaliação deve demorar no máximo 1 hora e visa a recolha de toda a história clínica do doente, exame físico completo e avaliação de todos os sinais vitais (ITLS, 2016).

Nesta avaliação deve-se providenciar, segundo necessidade do doente, analgesia, profilaxia, colheita de análises sanguíneas, avaliação da resposta à terapêutica instituída, definição de diagnósticos, definição de tratamento e exames complementares de diagnóstico (DGS, 2010).

Esta avaliação deve seguir a mnemónica **FGHI** (ENA, 2007).

Tabela 2 – Abordagem FGHI

F	Sinais Vitais, Intervenções Focalizadas e Presença de Família
G	Medidas de Conforto
H	História da Vítima e Exame Físico da Cabeça aos Pés
I	Inspecionar superfície corporal posterior

(Fonte: Elaboração Própria)

F – Avaliação de Parâmetros Vitais, Intervenções Focalizadas e Presença de Família (INEM 2013):

- Avaliar/reavaliar sinais vitais;
- Realizar electrocardiograma;
- Se doente entubado orotraquealmente, realizar capnografia;
- Se suspeita de lesão uretral (sangue no meato ou escroto, equimose perineal, suspeita de fratura pélvica), proceder a algaliação do doente;
- Vigiar e monitorizar débito urinário;
- Ponderar necessidade de sonda nasogástrica/orogástrica;
- Estudo imagiológico necessário;
- Promover a participação do familiar/pessoa significativa, se possível. Caso não seja possível a sua presença física, disponibilizar informações.

G – Medidas de Conforto

Ter sempre em atenção que uma dor não controlada pode conduzir à instabilidade hemodinâmica de um doente. Assim, deve-se proceder à avaliação da dor recorrendo ao uso de escalas de avaliação e ao seu controlo, de acordo com a condição da vítima, através de medidas farmacológicas ou de medidas não farmacológicas (toque terapêutico, posicionamento, aplicação de calor/frio, humor, momentos de distração) (INEM 2013).

H – História da Vítima e Exame Físico da Cabeça aos Pés

Proceder à recolha da história da vítima através da mnemónica **CHAMU** (circunstância em que o evento ocorreu, historial médico anterior, alergias, medicação habitual e última refeição) (INEM 2013).

Realizar um exame físico detalhado, da cabeça aos pés, inspecionando e palpando todos os segmentos corporais a fim de pesquisar possíveis lesões ou focos de dor (cabeça, face, pescoço, tórax, abdómen, flancos, bacia, períneo, membros superiores e membros inferiores) (INEM 2013).

Nesta face, ter em atenção, o controlo da temperatura corporal da vítima.

I – Inspeccionar superfície corporal posterior

Realizar palpação da superfície corporal posterior, detetando possíveis lesões penetrantes, ferimentos, pontos de dor, deformações, alterações da sensibilidade ou outras alterações (INEM 2013).

Posteriormente deverá ser realizado tratamento das feridas e tomadas medidas de profilaxia, se necessário (INEM 2013).

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PERANTE UMA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA

AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Preparar a SR e verificar a sua funcionalidade;	1. Para que não exista carência de material ou que o mesmo não esteja operacional;
2. Verificar se existe Equipamento de Proteção Individual (EPI) para todos os elementos da equipa;	2. Assegurar medidas de proteção a todos os elementos envolvidos no cuidado à vítima;
3. Preparar o acolhimento da vítima;	3. Os profissionais envolvidos na admissão da vítima devem estar na SR a postos, para a realização de cuidados seguros e de qualidade;
4. Colaborar na transferência da vítima para a maca da SR;	
5. Colaborar na avaliação da situação clínica da vítima através da Avaliação Primária:	5. A avaliação deve demorar menos de 20 minutos, e deve ser realizada frequentemente, de forma a identificar possíveis alterações no estado do doente que necessitem de intervenção.
A – Via Aérea e Controlo da Coluna Cervical	A - Assegurar a manutenção de uma via aérea permeável e manter oxigenação e ventilação eficazes, bem como assegurar o controlo da cervical;
B – Ventilação e Oxigenação	B - Manutenção de uma Saturação Periférica de Oxigénio (SpO ₂) superior a 95%;
C – Circulação e Controlo de Hemorragia	C - A hemorragia é a principal causa de choque, pelo que devem ser identificados

<p>D – Disfunção Neurológica</p>	<p>precocemente, possíveis focos hemorrágicos</p> <p>D - A disfunção neurológica é avaliada através da aplicação da Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação da reação pupilar e avaliação da glicemia capilar;</p>
<p>E – Exposição e Controlo de Temperatura</p>	<p>E – Assegurar a prevenção da hipotermia com recurso a meios de aquecimento externo e providenciar a descontaminação da vítima.</p>
<p>6. Colaborar na Avaliação Secundária da vítima:</p> <p>F – Sinais Vitais, Intervenções Focalizadas e Presença de Família</p> <p>G – Medidas de Conforto</p> <p>H – História da Vítima e Exame Físico da Cabeça aos Pés</p> <p>I - Inspeccionar superfície corporal posterior</p>	<p>6. Esta avaliação deve demorar no máximo 1 hora e visa a recolha de toda a história clínica do doente, exame físico completo e avaliação de todos os sinais vitais;</p>
<p>7. Administrar terapêutica e fluidos segundo prescrição médica;</p>	<p>7. Repor volémia, prevenindo situações de choque, e tomar medidas profiláticas e de controlo da dor;</p>
<p>8. Colaborar em procedimentos invasivos, se necessário;</p>	<p>8. Assegurar cuidados de excelência;</p>

9. Preparar a vítima para a transferência para local de tratamento definitivo;	9. Assegurar a transmissão de informação pertinente que garanta a continuidade de cuidados à vítima;
10. Realizar registos de enfermagem;	10. Assegurar a validação dos cuidados efetuados e da efetividade dos mesmos.
11. Comunicar situação da vítima à família/pessoa significativa.	11. Integrar a família/pessoa significativa em todos os cuidados prestados de forma a dissipar o medo e ansiedade.

IV – REAVALIAÇÃO DA VÍTIMA E REGISTOS DE ENFERMAGEM

No decorrer da avaliação da vítima de trauma, o enfermeiro avalia a resposta da vítima face às lesões, bem como às intervenções realizadas, sendo que o tratamento instituído deve ser ajustado face aos resultados esperados perante aquela determinada situação.

Sempre que estamos perante um doente vítima de trauma, este carece de reavaliações, de forma a detetar possíveis alterações no estado clínico, atuando rapidamente. Estas reavaliações devem ser realizadas a cada 5 minutos, se vítima crítica, ou a cada 15 minutos, se vítima não crítica.

As intervenções e procedimentos realizados, devem ser registados no programa informático **ALERT**, seguindo a mnemónica **ABCDE FGHI**.

BIBLIOGRAFIA

ATLS (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual*, 10ª edição. Chicago: American College of Surgeons.

Direção Geral de Saúde (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010*.

Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma nursing core course (TNCC): Provider manual*. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). *Emergência Trauma*, Versão 1.0. Lisboa: INEM.

ITLS (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers*, 8ª edição. Estados Unidos da América: American College of Emergency Physicians.

Massada, S. (2002). *Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa*. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João.

Ordem dos Médicos (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Acedido em <file:///D:/Nomas%20e%20Circulares/normas%20boa%20prática%20OM.pdf>, a 1 de outubro de 2018.

Organização Mundial de Saúde (2009). *Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma*. Colombia: Sociedade Panamericana de Trauma.

Apêndice E – Livro Temático: Uniformização dos Cuidados de
Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Centro Hospital Universitário do Algarve (CHUA)
Unidade de Faro
Serviço de Urgência Polivalente

**UNIFORMIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA
NA SALA DE REANIMAÇÃO**

Faro, 22 de janeiro de 2019

UNIFORMIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA NA SALA DE REANIMAÇÃO

Elaborado por: Enfermeira Débora Martins

Trabalho de índole académico para a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crítica, realizado sob orientação da EEMC BP e da Professora Doutora Maria Dulce Santiago

Faro, 22 de janeiro de 2019

LISTA DE SIGLAS

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ATLS - *Advance Trauma Life Support*

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CHAMU - Circunstância em que o evento ocorreu, Historial médico anterior, Alergias, Medicação habitual e Última refeição

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Escala de Coma de Glasgow

ENA – Emergency Nurses Association

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FGHI - Sinais Vitais, intervenções focalizadas e presença de família; Medidas de conforto; História da vítima e exame físico da cabeça aos pés; Inspeccionar superfície corporal posterior

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS - *Internacional Trauma Life Support*

KE – Energia Cinética

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAV – Suporte Avançado de Vida

SR – Sala de Reanimação

SUP – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TNCC - *Trauma Nursing Core Course*

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE ABREVIATURAS

mmHg – milímetros de mercúrio

PaO₂ -Pressão atmosférica de oxigénio

SpO₂ - Saturação Periférica de Oxigénio

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. TRAUMA.....	10
1.1) Cinemática do Trauma.....	10
1.2) Mecanismo de Lesão nos Acidentes de Viação.....	12
1.3) Mecanismo de Lesão nos Acidentes com Motociclos.....	14
1.4) Atropelamento.....	14
1.5) Quedas.....	15
2. SALA DE REANIMAÇÃO.....	16
3. ENFERMAGEM EM TRAUMA.....	18
3.1) Cuidados de Enfermagem ao Doente Vítima de Trauma na Sala de Reanimação.....	19
3.2) Reavaliação da Vítima e Registos de Enfermagem.....	26
4. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE).....	28
5. TRAUMATISMO TORÁCICO.....	30
6. TRAUMATISMO ABDOMINO-PÉLVICO.....	33
7. TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR (TVM).....	34
8. TRAUMATISMO DAS EXTREMIDADES.....	35
9. TRAUMA NA GRÁVIDA.....	37
10. CHOQUE.....	38
11. QUEIMADURAS.....	40
12. TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÃO.....	43
12.1) Estabilização Manual da Cabeça.....	43
12.2) Aplicação do Colar Cervical.....	44
12.3) Rolamento.....	45
12.4) Maca Scoop ou Pluma.....	45
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I – Impacto Frontal

Figura II – Impacto Traseiro

Figura III – Impacto Lateral

Figura IV – Impacto Rotacional

Figura V – Capotamento

Figura VI – Atropelamento

Figura VII - Queda

Figura VIII – Estabilização com colar cervical

Figura IX – Escala de Coma de Glasgow

Figura X – Avaliação Pupilar

Figura XI – Anatomia do Crânio

Figura XII – Sinais de fractura da base do crânio

Figura XIII – Quadrantes Abdominais

Figura XIV – Avaliação do Tamanho da Queimadura: Regra dos 9

Figura XV – Estabilização Manual da Cabeça

Figura XVI – Aplicação de Colar Cervical

Figura XVII – Maca Scoop ou Pluma

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de Ativação da Equipa de Trauma na SR

Tabela 2 – Abordagem ABCDE

Tabela 3 – Principais causas letais do traumatismo torácico

Tabela 4 – Valores de referência de pulso periférico

Tabela 5 – Índice de *Clark*

INTRODUÇÃO

A realização do presente Livro Temático surge como parte integrante do Trabalho de Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência, pertencente ao Estágio Final, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), o trauma é, atualmente em Portugal, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, sendo a sua principal incidência em vítimas jovens (DGS, 2010). A maioria dos casos de trauma são consequência de acidentes de viação (55%), seguindo-se outro tipo de acidentes como os desportivos (22%), as quedas (17%) e agressões (6%) (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2012).

Segundo estudos efetuados anteriormente, o nosso país apresenta uma taxa de mortalidade por acidentes bastante superior à de outros países europeus. Assim sendo, é imprescindível que todos os profissionais de saúde conheçam a cadeia de sobrevivência e abordagem a estas vítimas (Ordem dos Médicos, 2009).

A abordagem a uma vítima de trauma envolve vários recursos humanos e vários meios, como por exemplo, bombeiros, polícia de segurança pública, profissionais do INEM, profissionais do hospital para onde o doente é encaminhado (Ordem dos Médicos, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a uniformização dos procedimentos efetuados à pessoa em situação crítica, em todas as salas de reanimação, sendo esta uma das medidas eficazes para diminuir a taxa de mortalidade (World Health Organization (WHO), 2009).

Desta forma, é importante que os cuidados na abordagem à pessoa vítima de trauma se encontrem uniformizados, para que cada profissional saiba o que pode fazer, como deve fazer e quando deve fazer cada procedimento, pois só através do trabalho de equipa é possível a prestação dos melhores cuidados a pessoa que deles necessita.

1. TRAUMA

O trauma é considerado um grave problema de saúde pública. Segundo o *Emergency Nurses Association* (ENA, 2007), o trauma é definido como uma lesão por transferência de energia, superior à tolerada pelo corpo, que pode ocorrer nos tecidos ou nos órgãos. Segundo o manual de *Advance Trauma Life Support* (ATLS, 2018), é estimado que no ano 2020 o número de mortes por trauma aumente de forma drástica, estimando-se que, mais do que 1 em 10 pessoas, venha a morrer por situação de trauma. Assim, o trauma é considerado uma doença, sendo o hospedeiro o doente e o vetor de transmissão, o automóvel, arma, entre outros (ATLS, 2018).

A otimização dos cuidados ao doente vítima de trauma é alcançada através de uma abordagem sistematizada e organizada, trabalhando em equipa, sendo que, o número de casos de mortalidade e morbilidade dos doentes vítimas de trauma pode ser diminuído através da formação dos enfermeiros (ENA, 2007).

A morte por trauma pode ocorrer em 3 períodos distintos, sendo que o primeiro período ocorre nos primeiros segundos ou minutos após a ocorrência, e resulta de situações de apneia causada por lesões graves; o segundo período ocorre alguns minutos ou horas após o trauma devido a hematoma subdural e epidural, hemopneumotórax, rutura esplénica, laceração hepática, fratura pélvica ou outras situações em que ocorra uma perda de sangue significativa; o terceiro período ocorre dias ou semanas após o evento traumático, devido a situações de falência multiorgânica/sépsis (ATLS, 2018).

1.1) CINEMÁTICA DO TRAUMA

A cinética corresponde ao ramo que estuda a transferência de energia que vai provocar o movimento, pelo que a cinemática corresponde ao processo que determina as lesões resultantes dos movimentos ocorridos (ENA, 2007). Este conceito baseia-se nos princípios fundamentais da física, nomeadamente:

- 1ª Lei de Newton – um corpo em repouso permanecerá em repouso;
- Lei de Conservação de Energia – a energia não se cria nem se destrói;

- 2ª Lei de Newton – as forças de igual massa multiplicam-se por aceleração ou desaceleração;

- Energia Cinética (KE) = $\frac{1}{2}$ Massa \times Velocidade ao quadrado.

(ENA, 2007)

A energia aplicada no decorrer de um evento traumático pode ser de vários tipos, como penetrante, fechada, térmica, sendo que a extensão da lesão será diretamente influenciada pelo tipo de energia (ENA, 2007).

Perante uma vítima de trauma, os cuidados que esta necessita podem ser divididos em 3 fases: a pré-colisão, que corresponde a todas as situações que levaram à ocorrência do acidente (condições climatéricas, condições de saúde, abuso de substâncias, etc); colisão, que corresponde à transferência de energia de todos os impactos que possam ocorrer; pós-colisão, que se inicia a partir do momento em que o doente já absorveu toda a energia e sofreu lesão (ENA, 2007).

O trauma pode ser classificado em trauma fechado em que existem 2 forças envolvidas, ocorrendo compressão e laceração/estiramento, podendo causar cavitação; ou trauma penetrante, que é causado por armas brancas, armas de fogo ou por objetos empalados, sendo que a gravidade das lesões depende diretamente da energia transferida no momento do impacto e do ponto de fixação do objeto. Os objetos penetrantes podem ser classificados em 3 categorias distintas: armas de baixa energia, de média energia ou de alta energia (*Internacional Trauma Life Support (ITLS)*, 2016).

No trauma penetrante são ainda incluídas as lesões por explosão, sendo que a gravidade das lesões é diretamente proporcional à força da explosão à distância da vítima, podendo ocorrer 3 tipos de mecanismos: lesão primária, em que a onda de pressão atinge a vítima, produzindo uma onda de choque que afeta os órgãos com ar, como os pulmões, intestinos e ouvidos; lesão secundária que ocorre quando a vítima é atingida por fragmentos da explosão; lesão terciária ocorre quando a vítima é projetada, sofrendo lesões de impacto; lesão quaternária provocada pela emissão de gases tóxicos ou queda de estruturas (ITLS, 2016).

1.2) MECANISMO DE LESÃO NOS ACIDENTES DE VIAÇÃO

- Impacto Frontal: quanto maior a velocidade do veículo, maior a transferência de energia e maior a probabilidade de lesão grave. Geralmente é possível observar a marca do volante a nível do peito da vítima. Podem ocorrer movimentos de hiperextensão, hiperflexão ou compressão axilar (ITLS, 2016).

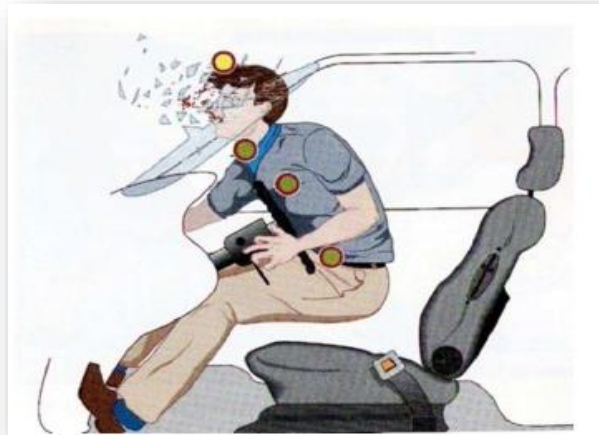


Figura I -

<http://slideplayer.es/slide/1116647/3/images/26/Lesiones+impulsado+por+arriba+y+encima+en+un+impacto+frontal.jpg>

- Impacto Traseiro: ocorre quando um veículo é atingido por trás, por um outro veículo que circula a maior velocidade que o primeiro. As lesões ocorrem por movimentos de desaceleração ou hiperextensão (ITLS, 2016).

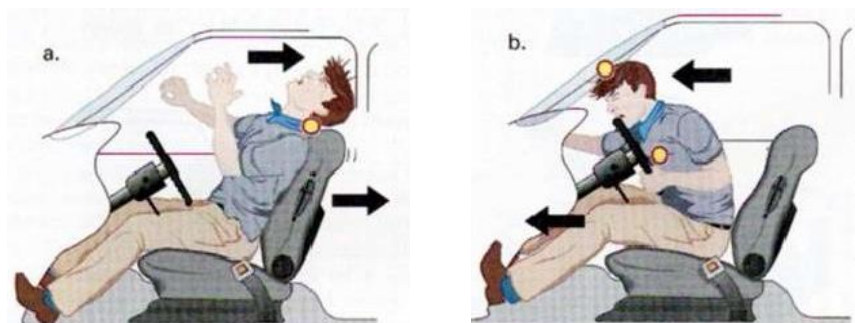


Figura II – <https://image.slidesharecdn.com/cinematicadeltraumaenaccidentesvehiculares-110211222320-phpapp01/95/cinematica-del-trauma-en-accidentes-vehiculares-15-728.jpg?cb=1297463410>

- Impacto Lateral: semelhante ao impacto frontal, mas com energia lateral. Deve ser considerada lesão orgânica, no entanto existe 5 regiões corporais com potenciais lesões – clavícula, tórax, abdómen e bacia, região cervical e região craniana (ITLS, 2016).



Figura III - <https://image.slidesharecdn.com/mecanismosdelesin-100422184733-phpapp01/95/mecanismos-de-lesin-24-728.jpg?cb=1271962177>

- Impacto Rotacional: ocorre um impacto fronto-lateral que causa a conversão do movimento linear em movimento circular (ITLS, 2016).

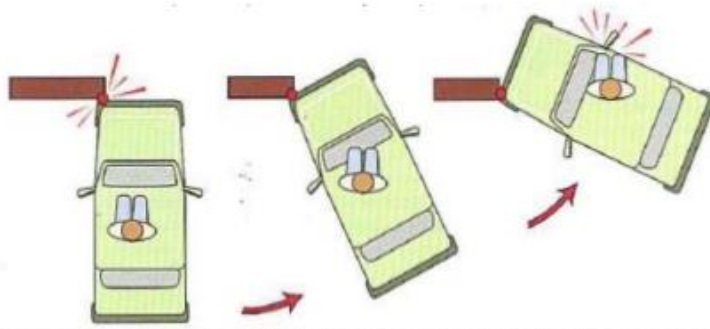


Figura IV - <https://image.slidesharecdn.com/traumacolisoequedas-150706180921-lva1-app6891/95/trauma-coliso-e-quedas-21-638.jpg?cb=1436206240>

- Capotamento: ocorrem múltiplos impactos provenientes de diferentes direcções, o que irá causar várias lesões. Se existir projecção da vítima, aumenta significativamente a probabilidade de lesão fatal (ITLS, 2016).

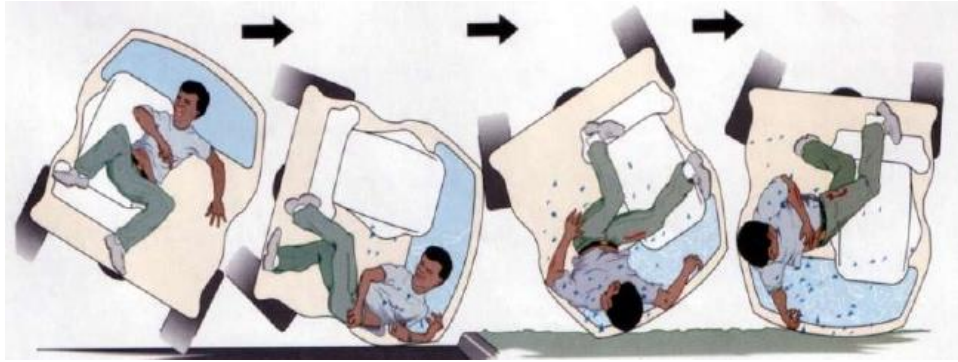


Figura V - <https://image.slidesharecdn.com/mecanismosdelesin-100422184733-phpapp01/95/mecanismos-de-lesin-27-728.jpg?cb=1271962177>

1.3) MECANISMO DE LESÃO NOS ACIDENTES COM MOTOCICLOS

Nos acidentes com motocicletas, podem ocorrer 3 tipos de impacto:

Impacto Frontal: o motociclista sofre uma colisão frontal, que o obriga a ficar imóvel. Neste impacto, a moto inclina-se para a frente e o motociclista é empurrado contra o guidão, podendo ser ou não projectado. Podem resultar lesões no crânio, tórax, abdómen, bacia ou fémur (INEM, 2013).

Impacto Angular: o motociclista embate num determinado objecto, sendo o motociclista esmagado entre o objecto e a moto. Geralmente surgem lesões nas extremidades superiores e inferiores, que podem ser desde fracturas a lesões extensas dos tecidos moles (INEM, 2013).

Ejeção: dado a ausência de dispositivos de contenção, o motociclista pode ser projectado em voo, até que, alguma parte do seu corpo embata num outro objecto ou no chão (INEM, 2013).

1.4) ATROPELAMENTO

O atropelamento ocorre em 3 fases distintas. Inicialmente ocorre um 1º impacto a nível dos membros inferiores da vítima, de seguida, o tronco embate no veículo e posteriormente a vítima cai do veículo até ao chão. O embate no chão geralmente é de cabeça, sendo previsível traumatismo da coluna cervical (INEM, 2013).

Geralmente, a vítima de atropelamento sofre lesões internas graves, mesmo que o veículo circule a baixa velocidade (INEM, 2013).

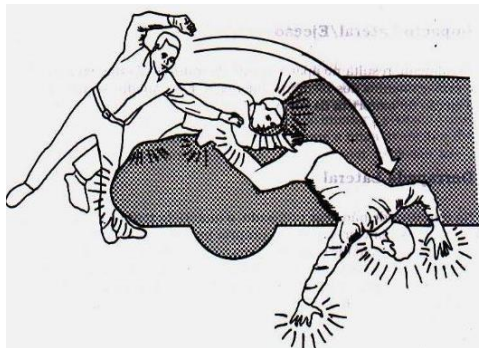


Figura VI - <https://www.ebah.com.br/content/ABAAAeww4AL/cinematica-trauma-uti>

1.5) QUEDAS

As vítimas de quedas são sujeitas a múltiplos impactos, sendo que as lesões resultantes são proporcionais à velocidade com que a vítima embate. Quando o primeiro impacto da queda ocorre nos pés da vítima, esta cai para trás, embatendo com as nádegas no chão e as mãos esticadas, sendo previsível a ocorrência de fraturas bilaterais dos joelhos, pernas, fêmur, pés e punhos, podendo ocorrer ainda compressão da coluna lombar e torácica. Se a queda ocorrer de cabeça, são previsíveis lesões do crânio e coluna cervical, e se a queda ocorrer para a frente, o resultado pode ser fratura de *colles* bilateral (INEM, 2013).



Figura VII -

https://www.google.pt/search?biw=1366&bih=651&tbm=isch&sa=1&ei=LJzNW_CJL4SpsAHr0KyQCA&q=quedas&oq=quedas&gs_l=img.3..0l10.1361819.1364566.0.1365349.6.6.0.0.0.0.254.1101.0j5j1.6.0....0...1c.1.64.img..0.6.1090...0i67k1.0.U_VBrzgKfZg#imgsrc=KamoksGUggXDqM:

2. SALA DE REANIMAÇÃO

A Sala de Reanimação (SR) é parte integrante de qualquer Serviço de Urgência (SU) e visa a avaliação e prestação de cuidados imediatos ao doente crítico. Nesta sala são prestados cuidados de elevada complexidade, tendo como objetivo primordial, a receção de doentes em risco de vida eminente, provenientes do exterior ou de outras unidades de saúde, bem como, avaliar, reanimar e otimizar o estado do doente crítico que posteriormente será transferido para o local de tratamento definitivo (Ordem dos Médicos, 2009).

A SR deve encontrar-se sempre preparada para a receção de novos doentes, devendo o material necessário ser de livre e fácil acesso. Apesar da importância do trabalho de equipa na abordagem ao doente crítico, o número de elementos na SR deverá ser restrito ao essencial, sendo que a comunicação entre os elementos deve ser realizada de forma clara e precisa, devendo o *team leader* distribuir tarefas pelos elementos afirmando o nome da pessoa que as deve executar. Este elemento deverá fazer entender que compreendeu o que lhe foi solicitado, e após a execução da intervenção, deve comunicar que esta já se encontra realizada (Massada, 2002).

Seguindo os critérios emanados pela DGS (2010) na Circular Normativa nº 7, são critérios de ativação da equipa de trauma na SR os seguintes fatores:

Tabela 1 – Critérios de Ativação da Equipa de Trauma

Sinais Vitais e Nível de Consciência
<ul style="list-style-type: none">• Frequência Respiratória menor que 10 ou superior a 29 ciclos por minuto;• Saturação Periférica de oxigénio inferior a 90% com uso de oxigénio suplementar;• Tensão Arterial Sistólica inferior a 90 mmHg;• Escala de Goma de Glasgow (ECG) inferior a 14 ou descida 2 pontos desde o incidente.

Anatomia da Lesão

- Trauma penetrante da cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e/ou joelho;
- Retalho Costal;
- Fratura de 2 ou mais ossos longos;
- Fratura da bacia;
- Fratura do crânio com afundamento;
- Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo;
- Trauma com queimaduras associadas;
- Queimaduras Graves – mais de 20% de 2º grau ou mais do que 5% de 3º grau;
- Queimaduras com inalação;
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo ou circunferenciais das mãos ou pés.

(Fonte: Elaboração Própria)

Perante a existência de uma vítima de trauma que carece de cuidados diferenciados, o hospital é notificado por parte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) que irá receber uma vítima dentro de determinado período de tempo. Perante esta notificação, o enfermeiro responsável naquele turno pelo SR, deve ativar os membros da equipa de trauma e distribuir tarefas, sendo ele o *Team Leader*. Deve ainda assegurar que tem todo o equipamento e material necessário disponível.

3. ENFERMAGEM EM TRAUMA

A abordagem da equipa de enfermagem em situações de trauma abrange a avaliação das vítimas, execução de intervenções e avaliação dos doentes, pelo que envolve diversas funções e responsabilidades, nomeadamente:

- Determina, gere e coordena os cuidados;
- Estabelece e promove uma relação enfermeiro-doente para providenciar cuidados;
- Documenta os cuidados ao doente de trauma;
- Avalia a investigação e incorpora os resultados importantes na prática.

(ENA, 2007)

No ano 2010, a DGS implementou a nível nacional a *Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*, a fim de seguir as recomendações do Departamento da Qualidade em Saúde, a qual defende a existência de uma equipa de trauma organizada em todos os serviços de urgência. Segundo esta norma, a abordagem ao doente vítima de trauma deve-se iniciar com a realização da avaliação primária seguindo a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) e estabilização inicial, as quais não devem demorar mais de 20 minutos. Em seguida, deverá ser realizada, no período máximo de 1 hora, a avaliação secundária. A presente norma defende ainda que é indispensável que todos os profissionais de saúde tenham acessibilidade ao material e equipamento necessários para a abordagem (DGS, 2010).

Uma vez que se trata de numa Urgência Geral/Polivalente, devem fazer parte da equipa de trauma, segundo a norma da DGS acima referida, 2 enfermeiros com formação e experiência em Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte de Vida em Trauma, 1 médico intensivista, 1 anestesista, 1 cirurgião, 1 ortopedista, 1 neurocirurgião, 1 imagiologista e 1 assistente operacional (DGS, 2010). No CHUA, através da Circular Normativa número 308/18 de 22 de Outubro, foi nomeada a Comissão de Trauma deste hospital, cumprindo assim as recomendações emanadas pela DGS.

3.1) CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA NA SALA DE REANIMAÇÃO

Aquando da admissão de um doente vítima de trauma na SR, são responsabilidade do enfermeiro alocado a este sector, tendo em conta as prioridades defendidas nas *Normas de Boa Prática em Trauma* (Ordem dos Médicos, 2009), as seguintes intervenções:

- Preparar a SR e verificar a sua funcionalidade;
- Coordenar a equipa de enfermagem e assistente operacional alocado ao sector;
- Verificar se existe Equipamento de Proteção Individual (EPI) para todos os elementos da equipa;
- Preparar o acolhimento da vítima;
- Colaborar na transferência da vítima para a maca da SR;
- Realizar colheita de dados;
- Colaborar na avaliação da situação clínica da vítima;
- Avaliar sinais vitais;
- Proceder à punção venosa de acesso periférico, colheita de sangue para análises e outros procedimentos necessários;
- Administrar terapêutica e fluidos segundo prescrição médica;
- Colaborar em procedimentos invasivos, se necessário;
- Preparar a vítima para a transferência para local de tratamento definitivo;
- Realizar registos de enfermagem;
- Comunicar situação da vítima à família/pessoa significativa.

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Anteriormente à abordagem do doente vítima de trauma, todos os profissionais de saúde devem garantir a sua própria segurança, a do doente e a de todos os profissionais envolvidos, através da utilização de EPI, tal como recomendado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) – uso de luvas e sempre que necessário máscara, óculos de proteção, touca e avental impermeável. Após a remoção do EPI, deve-se proceder imediatamente à lavagem das mãos (ATLS, 2018).

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Deve ser realizada tendo em conta a mnemónica ABCDE, a qual é baseada nos critérios de maior gravidade que podem conduzir à mortalidade. Este método define as avaliações e intervenções que devem ser realizadas em todos os doentes vítimas de trauma, pelo que deverá ser realizada frequentemente. A avaliação deve demorar menos de 20 minutos, de forma a identificar possíveis alterações no estado do doente que necessitem de intervenção adicional (ATLS, 2018).

Tabela 2 – Abordagem ABCDE

<i>A</i>	Via Aérea e Controlo da Coluna Cervical
<i>B</i>	Ventilação e Oxigenação
<i>C</i>	Circulação e Controlo de hemorragia
<i>D</i>	Disfunção Neurológica
<i>E</i>	Exposição e Controlo de Temperatura

(Fonte: Elaboração Própria)

Após esta avaliação, é necessário verificar se a vítima é ou não crítica, ou seja, se apresenta algum tipo de compromisso nos parâmetros avaliados anteriormente. Se a vítima for considerada crítica, deve-se proceder precocemente à realização de exames complementares de diagnóstico prioritários e antecipar a necessidade de transferência, intra ou extra-hospitalar (ATLS, 2018).

A – Via Aérea e Controlo da Cervical

Assegurar a manutenção de uma via aérea permeável e manter oxigenação e ventilação eficazes, são primordiais na abordagem ao doente vítima de trauma. O controlo da cervical pressupõe a estabilização, alinhamento e completa imobilização da coluna (ITLS, 2016).

- Se a vítima não tiver colocado colar cervical, deve-se proceder inicialmente à estabilização manual da cervical, colocando em seguida o colar;
- Se existir necessidade de trocar/retirar o colar cervical, é fulcral que a estabilização da coluna cervical seja realizada manualmente, mantendo a coluna cervical numa posição neutra;
- Realizar inspeção e palpação do pescoço identificando possíveis lesões, desvio da traqueia, ingurgitamento das jugulares ou enfisema subcutâneo;
- Proceder a manobras manuais para permeabilização da via aérea (elevação do queixo ou subluxação da mandíbula) e detetar possíveis alterações (remoção de dentes soltos ou objetos estranhos);
- Aspiração de secreções, se necessário;
- Se respiração ineficaz, recorrer à utilização de adjuvantes da via aérea (tubo orofaríngeo, tubo nasofaríngeo) ou métodos invasivos (máscara laríngea, intubação traqueal ou cricotiroidotomia). Se necessidade de intubação, proceder anteriormente à ventilação do doente com insuflador manual e administrar terapêutica, incluindo indutor do estado de consciência (ENA, 2007).



Figura VIII –

https://www.google.com/search?client=firefox-b-ab&biw=1360&bih=654&tbm=isch&sa=1&ei=KALPW_jyLuidlwSHzbDQDA&q=colar+cervical+coloca%C3%A7ao&oq=colar+cervical+coloca%C3%A7ao&gs_l=img.3...937.30

B – Ventilação e Oxigenação

Nos doentes vítimas de trauma, devem ser assegurados os cuidados necessários para a manutenção de uma Saturação Periférica de Oxigénio (SpO_2) superior a 95%, assegurando assim, a manutenção de uma Pressão atmosférica de oxigénio (PaO_2) superior a 70 mmHg (ENA, 2007).

Assim, se a vítima apresentar claros sinais de dificuldade respiratória, deve-se proceder à administração de oxigénio imediato, utilizando preferencialmente, uma máscara de *Hudson*, também conhecida como máscara de alto débito com reservatório (ENA, 2007).

Nesta avaliação é importante a verificação da oximetria de pulso, inspeção do tórax (utilização de músculos acessórios, avaliação de frequência, amplitude e ritmo respiratório, verificar possíveis assimetrias, verificar deformidades, existência de pontos de dor) e auscultação e percussão do tórax (ENA, 2007).

Se a vítima apresentar uma frequência respiratória inferior a 8 ou superior a 35 ciclos por minuto, com depressão neurológica associada, deve-se iniciar suporte ventilatório (ENA, 2007).

Atenção: o desvio da traqueia e o ingurgitamento jugular são sinais tardios de compromisso respiratório (ENA, 2007).

C – Circulação e Controlo de Hemorragia

Perante uma vítima de trauma, devemos ter sempre em atenção que a hemorragia é a principal causa de choque. Assim sendo, devem ser identificados precocemente, possíveis focos hemorrágicos, intervindo e antecipando possíveis complicações. Posteriormente deverá ser avaliado o pulso central e periférico (frequência, amplitude e ritmo; se pulso radial ausente, é um sinal de choque), a pele (humidade, temperatura e coloração), tempo de preenchimento capilar (normal se inferior a 2 segundos), realizar monitorização electrocardiográfica, puncionar preferencialmente 2 acessos venosos periféricos, realizar colheita de sangue para análises, identificar possíveis fontes de hemorragia oculta, administrar reposição volémica com solução cristalóide para garantir manutenção da tensão sistólica entre 80-100 mmHg e estabilizar possíveis fracturas de ossos longos, como a pélvis (ENA, 2007).

D – Disfunção Neurológica

A disfunção neurológica é avaliada através da aplicação da ECG, avaliação da reacção pupilar e avaliação da glicemia capilar. Se o doente apresenta um valor de ECG inferior a 8, significa que se deve proceder a sua entubação orotraqueal (ITLS, 2016).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Esponânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
INTUBAÇÃO		8

Figura IX - https://www.google.com/search?q=escala+de+coma+de+glasgow&client=firefox-b-ab&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjs3bWQtJzeAhVGYsAKHXyPBTEQ_AUIDigB&biw=1360&bih=654#imgsrc=eL-vSP9T3872aM:





SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO
	ISOCÓRICAS (NORMAIS): São simétricas e reagem à luz.
	MIÓSE: Ambas estão contraídas, sem reação à luz.
	ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída (assimétricas).
	MIDRISE: Pupilas dilatadas.

Figura X –

https://www.google.com/search?client=firefox-b-ab&biw=1360&bih=654&tbm=isch&sa=1&ei=-_7OW-WJFMT5gQa28pLIDQ&q=avalia%C3%A7%C3%A3o+pupilar&oq=avalia%C3%A7&gs_l=img.3.0.0i67k1j0l2j0i67k1j0l6.53099.55665.0.56767.11.8.2.1.1.0.98.678.8.8.0....0...1c.1.64.img..0.11.688...0i30k1.0.sP5QrFNESkg#imgcr=_YEtYr_9X94xwM:

E – Exposição e Controlo de Temperatura

Nesta última abordagem da avaliação primária, deve expor-se o corpo da vítima, verificando todas as lesões existindo, garantido dentro do possível, a privacidade e dignidade da pessoa. Prevenir a hipotermia com recurso a meios de aquecimento externo e assegurar a descontaminação da vítima, se tiver ocorrido exposição a substância perigosa. Verificar se existem provas com necessidade de conservação segundo critérios da polícia judiciária (ITLS, 2016).

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Trata-se de um exame detalhado da cabeça aos pés que se realiza ao doente vítima de trauma, após término da avaliação primária. Esta avaliação deve demorar no máximo 1 hora e visa a recolha de toda a história clínica do doente, exame físico completo e avaliação de todos os sinais vitais (ITLS, 2016).

Nesta avaliação deve-se providenciar, segundo necessidade do doente, analgesia, profilaxia, colheita de análises sanguíneas, avaliação da resposta à terapêutica instituída,

definição de diagnósticos, definição de tratamento e exames complementares de diagnóstico (DGS, 2010).

Esta avaliação deve seguir a mnemónica **FGHI** (ENA, 2007).

F – Avaliação de Parâmetros Vitais, Intervenções Focalizadas e Presença de Família:

- Avaliar/reavaliar sinais vitais;
- Realizar electrocardiograma;
- Se doente entubado orotraquealmente, realizar capnografia;
- Se suspeita de lesão uretral (sangue no meato ou escroto, equimose perineal, suspeita de fractura pélvica), proceder a algaliação do doente;
- Vigiar e monitorizar débito urinário;
- Ponderar necessidade de sonda nasogástrica/orogástrica;
- Estudo imagiológico necessário;
- Promover a participação do familiar/pessoa significativa, se possível. Caso não seja possível a sua presença física, disponibilizar informações.

G – Promover Medidas de Conforto

Ter sempre em atenção que uma dor não controlada pode conduzir à instabilidade hemodinâmica de um doente. Assim, deve-se proceder à avaliação da dor recorrendo ao uso de escalas de avaliação e ao seu controlo, de acordo com a condição da vítima, através de medidas farmacológicas ou de medidas não farmacológicas (toque terapêutico, posicionamento, aplicação de calor/frio, humor, momentos de distração) (INEM 2013).

H – História da Vítima e Exame Físico da Cabeça aos Pés

Proceder à recolha da história da vítima através da mnemónica **CHAMU** (circunstância em que o evento ocorreu, historial médico anterior, alergias, medicação habitual e última refeição) (INEM 2013).

Realizar um exame físico detalhado, da cabeça aos pés, inspeccionando e palpando todos os segmentos corporais a fim de pesquisar possíveis lesões ou focos de dor (cabeça, face, pescoço, tórax, abdómen, flancos, bacia, períneo, membros superiores e membros inferiores) (INEM 2013).

Nesta fase, ter em atenção, o controlo da temperatura corporal da vítima.

I – Inspeccionar superfície corporal posterior

Realizar palpação da superfície corporal posterior, detectando possíveis lesões penetrantes, ferimentos, pontos de dor, deformações, alterações da sensibilidade ou outras alterações (INEM 2013).

Posteriormente deverá ser realizado tratamento das feridas e tomadas medidas de profilaxia, se necessário (INEM 2013).

3.2) REAVALIAÇÃO DA VÍTIMA E REGISTOS DE ENFERMAGEM

No decorrer da avaliação da vítima de trauma, o enfermeiro avalia a resposta da vítima face às lesões, bem como às intervenções realizadas, sendo que o tratamento instituído deve ser ajustado face aos resultados esperados perante aquela determinada situação.

Sempre que estamos perante um doente vítima de trauma, este carece de reavaliações, de forma a detetar possíveis alterações no estado clínico, atuando rapidamente. Estas reavaliações devem ser realizadas a cada 5 minutos, se vítima crítica, ou a cada 15 minutos, se vítima não crítica.

As intervenções e procedimentos realizados, devem ser registados no programa informático **ALERT**, seguindo a mnemónica **ABCDE FGHI**.

4. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE)

Os TCE são um enorme problema nos doentes vítimas de trauma, sendo que contribuem em cerca de 25% para a mortalidade dos mesmos. (ITLS, 2016). Podem ocorrer feridas ou hematomas no couro cabeludo, fraturas do crânio com ou sem afundamento, perfurações intracranianas, hemorragias intracranianas e edema cerebral. São sinais de traumatismo craniano: alterações do estado de consciência, alterações pupilares, hemiparesia ou hemiplegia, lesões cranianas evidentes, convulsões, náuseas, vômitos, cefaleias, tonturas, alterações na visão, hipertensão arterial, bradicardia, hipotermia e alterações ventilatórias (INEM, 2012).

No doente vítima de TCE, a prioridade de tratamento prende-se com a administração de oxigénio, manutenção da estabilidade hemodinâmica e ventilação adequada, assegurando a preservação da função neurológica da pessoa e prevenção de possíveis lesões secundárias. Deve-se assumir sempre que o doente pode apresentar lesão da coluna cervical e da espinal medula (ITLS, 2016).

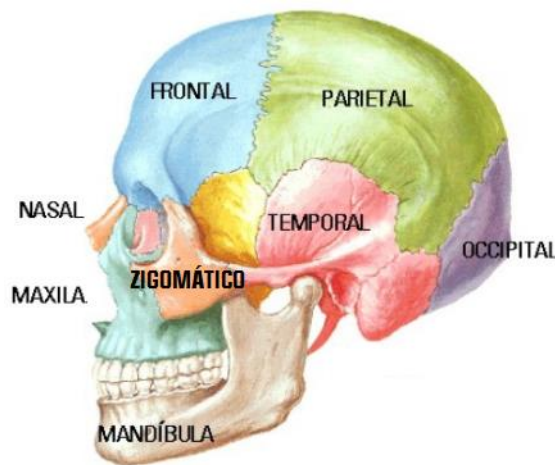


Figura XI - <https://anatomia-papel-e-caneta.com/articulacoes-do-cranio/>

Cuidados Especiais

- Até serem descartadas fraturas da base do crânio, está contraindicada a utilização de dispositivos nasais;
- Evitar realizar pressão direta sobre as feridas, pois poderão existir fraturas subjacentes;
- É contraindicada a administração de soros glicosados, pois estes poderão aumentar o tamanho da lesão cerebral;

- É contraindicado o uso de terapêutica potenciadora de aumento da pressão intracraniana (ketamina);
- Resposta de Cushing: com o aumento da pressão intracraniana, a tensão arterial sistólica aumenta e a frequência cardíaca diminui;
- Sinais de herniação cerebral: diminuição do nível de consciência, dilatação pupilar, postura de descerebração, paragem cardiorrespiratória;
- Na presença de otorragia, confirmar se existe líquido cefalorraquidiano. Para isso, colocar uma gota do sangue numa compressa e verificar se esta forma um halo mais claro à volta. Se tal se verificar, confirma-se presença de líquido.

Sinais de fratura da base do crânio

Sinal de Battle



Raccoon Eyes



Figura XII – Retirado do manual de ITLS (2016)

5. TRAUMATISMO TORÁCICO

Segundo dados disponibilizados pelo ITLS (2016), cerca de 25% das mortes em vítimas de trauma ocorrem em consequência de traumatismo torácico, envolvendo os pulmões, coração, grandes vasos e estruturas ósseas. São sinais e sintomas deste tipo de traumatismo a hipoventilação, dor torácica, hemoptises, cianose, distensão das veias jugulares, desvio da traqueia, movimentos respiratórios assimétricos, contusão da parede torácica, feridas abertas, enfisema subcutâneo, choque, sons respiratórios anormais e sensibilidade, instabilidade e crepitações respiratórias (ITLS, 2016).

As lesões podem ser de vários tipos, dependendo da sua origem: penetrantes, contusas ou iatrogênicas (ITLS, 2016). Existem lesões torácicas que são consideradas major (dúzia mortal), que são as seguintes: obstrução da via aérea, pneumotórax aberto, retalho costal, pneumotórax hipertensivo, hemotórax maciço, tamponamento cardíaco, contusão do miocárdio, rutura traumática da aorta, rutura traqueobrônquica, lesões da árvore traqueobrônquica, rutura diafragmática, lesões do esófago e contusão pulmonar (ITLS, 2016).

Quando as lesões ocorrem na região inferior do tórax, pode ocorrer perfuração diafragmática, que exige cirurgia emergente. Ter especial atenção, que todos os casos de traumatismo torácico exigem a administração de analgesia adequada, bem como uso de profilaxia para prevenção de infecções secundárias (ITLS, 2016).

Cuidados Especiais

- Se alteração do estado de consciência, pode indicar choque ou hipoxia;
- Se objetos empalados, mobilizá-los o menos possível até avaliação por parte de cirurgia;
- As vítimas com múltiplas fraturas dos arcos costais necessitam de analgesia eficaz para manutenção de ventilação;
- Sinais de taquicardia e taquipneia são indicativos de pneumotórax hipertensivo;
- A fluidoterapia agressiva pode ser prejudicial, agravando o estado da vítima.

Tabela 3 – Principais causas letais do traumatismo torácico

Tipo de Lesão	Sinais e Sintomas	Abordagem
Obstrução da Via Aérea	<ul style="list-style-type: none"> - Ruídos Respiratórios (estridor, ressonar, gorgolejo); - Edema, hemorragia ou hematoma no pescoço, clavícula ou esterno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Remover causa de obstrução; - Se necessário, proceder a entubação orotraqueal e ventilação mecânica.
Hemotórax Maciço	<ul style="list-style-type: none"> - Choque Hemorrágico grave com alteração do estado de consciência, taquicardia, taquipneia e hipotensão; - Lesões no hemitórax afetado; - Palidez; - Assimetria Torácica; - Abafamento sons respiratórios; - Macicez à percussão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxigênio a 100%; - Se necessário, entubação orotraqueal e ventilação mecânica; - Tratar o choque.
Pneumotórax Hipertensivo	<ul style="list-style-type: none"> - Agitação e ansiedade; - Choque; - Dificuldade respiratória; - Cianose; - Taquicardia; - Assimetria torácica; - Ausência de sons pulmonares no hemitórax afetado; - Hiperresonância à percussão do lado afetado; 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxigênio a 100%; - Proceder a drenagem do pneumotórax; - Se necessário, proceder a intubação orotraqueal.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ingurgitamento das veias jugulares; - Possível desvio da traqueia contra-lateral à lesão. 	
Pneumotórax Aberto	<ul style="list-style-type: none"> - Agitação; - Lesões na parede torácica; - Dificuldade Respiratória; - Taquicardia e taquipneia; - Assimetria torácica; - Diminuição dos sons respiratórios e hiperresonância à percussão do lado afetado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxigênio a 100%; - Selar imediatamente a ferida com penso oclusivo; - Se necessário, entubação orotraqueal.
Tamponamento Cardíaco	<ul style="list-style-type: none"> - Agitação e ansiedade; - Choque refratário à terapêutica – alteração de consciência, taquicardia, taquipneia e hipotensão; - <u>Triade de Beck</u>: hipotensão, ingurgitamento veias jugulares e abafamento sons cardíacos; - Provável paragem cardiorrespiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxigênio a 100%; - Administrar fluidos e corrigir choque hipovolêmico; - Monitorização cardíaca.
Tórax Instável (Retalho Costal)	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos torácicos anormais do lado afetado; - Dificuldade respiratória; - Utilização dos músculos acessórios; 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxigênio a 100%; - Monitorização do esforço respiratório; - Administrar analgesia;

	<ul style="list-style-type: none">- Dor torácica;- Crepitações à palpação.	<ul style="list-style-type: none">- Estabilizar retalho costal com aplicação de pressão manual firme e constante.
--	---	---

(Fonte: Elaboração Própria)

6. TRAUMATISMO ABDOMINO-PÉLVICO

As lesões abdominais podem vir a tornar-se fatais se não forem identificadas de forma precoce, pois esta região é altamente vascularizada o que faz com que haja um elevado risco de choque hipovolémico (INEM, 2013).

As lesões na cavidade intra-abdominal podem ocorrer por compressão de um órgão ou víscera, impacto direto devido a um aumento de pressão, movimento de desaceleração abrupto ou por fraturas das últimas costelas (INEM, 2013).

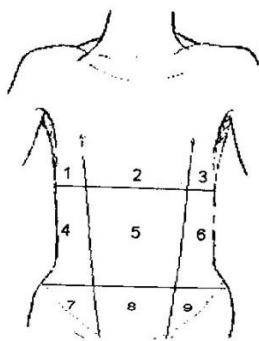
Existe um número significativo de mortes (10 a 30%) associadas a fratura da bacia, número este que aumenta quando a fratura é exposta, devido a hemorragia abundante. Assim sendo, perante uma vítima de trauma, deve ser realizada palpação da pélvis de forma suave, identificando possíveis sinais de instabilidade, que indicam presença hemorrágica, crepitação ou dor (INEM, 2013).

Cuidados Especiais

- Se existir uma equimose no quadrante superior esquerdo, suspeitar de trauma dos tecidos ou lesão esplénica;
- Perante a marca do cinto de segurança, suspeitar de lesão no intestino delgado;
- Se Sinal de *Cullen* (equimose peri-umbilical) e equimose no flanco, suspeitar de hemorragia retroperitoneal;
- Perante lesões abdominais abertas, realizar penso com compressas esterilizadas;
- Se vísceras exteriorizadas, cobrir com compressas esterilizadas embebida em soro fisiológico, e não recolocar o órgão na cavidade abdominal;
- Se trauma penetrante, é imprescindível proceder à entubação gástrica, de forma a excluir possível hemorragia e prevenir contaminação da cavidade peritoneal se rutura.

Figura XIII -

https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=cTz1q%2fCF&id=A80DFF5875A7575A65D32942ED903012C67F93AA&thid=OIP.cTz1q_C F8xtmQ99riN8IBwHaFj&mediaurl=https%3a%2f%2fslideplayer.com.br%2f288840%2f1%2fimages%2f28%2fSemiologia%2bdo%2bAbdome%2bDivis%25C3%25A3o%2bdo%2bAbdome%2bParede%2bAnterior.jpg&exph=720&expw=960&q=quadrantes+abdominais&simid=608015720829486606&selectedIndex=54&ajaxhist=0



Divisão do Abdome

Parede Anterior

1. Hipocôndrio Direito
2. Epigástrico
3. Hipocôndrio Esquerdo
4. Flanco Direito
5. Mesogástrico ou umbilical
6. Flanco Esquerdo
7. Fossa Ilíaca Direita
8. Hipogástrico
9. Fossa Ilíaca Esquerda

7. TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR (TVM)

Os TVM apresentam a sua principal incidência em adultos jovens, sendo bastante incapacitantes. Podem resultar de acidentes de viação, acidentes de mergulho, quedas, lesões penetrantes, eletrocussão e lesões desportivas (INEM, 2013).

Perante um TVM é crucial a sua abordagem inicial, pois um doente mal imobilizado ou imobilizado de forma incorreta pode sofrer agravamento da lesão inicial, podendo ser impossível a sua recuperação. Estas lesões podem resultar em perda da função motora e/ou sensitiva, abaixo da área de lesão. O tratamento primordial neste tipo de lesões é prevenir o agravamento das lesões já existentes e prevenir o surgimento de novas lesões (INEM, 2013).

Se existir uma lesão cervical acima de C5 pode ocorrer compromisso ventilatório grave com paralisia dos músculos respiratórios acessórios e necessidade de suporte ventilatório imediato (INEM, 2013).

São sinais e sintomas de TVM: dor local permanente ou à palpação da coluna, parestesias, parésia ou plegia dos membros, incontinência de esfíncteres, dificuldade respiratória, hipotensão e bradicardia (INEM, 2013).

Existem 4 tipos de mecanismo de lesão: hiperflexão, em que a coluna é dobrada para a frente, causando lesão nos ligamentos posteriores; hiperflexão com rotação, em que a coluna é simultaneamente dobrada para a frente e sofre um movimento de rotação, havendo rutura dos ligamentos posteriores, podendo ocorrer fratura ou luxação das vértebras; hiperextensão, em que ocorre um impulso da cabeça para trás havendo rutura dos ligamentos anteriores; carga axial em que a força é diretamente transmitida ao longo da coluna vertebral (INEM, 2013).

Choque Medular: Resulta da perda completa da função neurológica abaixo do nível de lesão. É uma situação transitória em resultado do edema da medula, ocorrendo perda da sensibilidade, paralisia, ausência de reflexos e priapismo.

Choque Neurogénico: ocorre quando há lesão do sistema nervoso simpático, havendo perda do tônus vasomotor, bradicardia e hipotensão.

8. TRAUMATISMO DAS EXTREMIDADES

Geralmente associado a trauma grave envolvendo vários sistemas corporais. Estas lesões não causam habitualmente risco de vida eminente, no entanto, podem originar perdas sanguíneas abundantes, sendo causa de choque hipovolémico grave. Podem ainda surgir lesões graves como a amputação ou síndrome compartimental (INEM, 2013).

O trauma das extremidades pode afetar ossos, nervos, vasos sanguíneos ou pele. Podem ocorrer feridas, fraturas, luxações, lesões por esmagamento, síndrome compartimental, lesões vasculares, lesões nervosas e até mesmo amputações traumáticas (INEM, 2013).

Fraturas

Podem ser fechadas, em que a pele não sofre qualquer lesão causada pelas estruturas ósseas, ou expostas em que há uma exposição óssea ao ambiente externo, existindo risco de infecção bacteriana associado que pode progredir para osteomielite (INEM, 2013).

Sinais e Sintomas: dor, crepitações, impotência funcional do membro afetado, edema, hemorragia, deformidades, espasmos musculares, encurtamento do membro afetado (INEM, 2013).

Luxações

Ocorre uma ruptura dos ligamentos que unem 2 ossos, ocorrendo instabilidade da articulação. É necessário proceder ao seu realinhamento em tempo útil, pois, caso contrário, poderá haver lesão nervosa e de vasos sanguíneos distais à lesão (INEM, 2013).

Amputação Traumática

Pode desencadear a ocorrência de hemorragia maciça com risco de vida. Devem ser aplicadas no local compressas esterilizadas e realizada compressão direta. Se for possível a reimplantação deve-se proceder aos cuidados para com o segmento amputado: embrulhá-lo em compressas humedecidas, colocar num saco de plástico e colocá-lo em pedras de gelo (banho frio). Nunca colocar o segmento amputado diretamente em gelo, pois pode causar a sua morte celular (INEM, 2013).

Lesões por Esmagamento

Ocorre destruição do tecido muscular por libertação de mioglobina e potássio, podendo ocorrer situação de insuficiência renal aguda. Nestas situações, deve ser evitada a administração de lactato de ringer devido à presença de potássio na sua composição (INEM, 2013).

Síndrome Compartimental

Existe um aumento da pressão muscular que se traduz em diminuição do fluxo sanguíneo e isquemia celular. Pode ocorrer em situações de fratura, hemorragia, lesões por esmagamento, tala gessada ou tração excessiva (INEM, 2013).

Manter a extremidade lesada a nível do coração a fim de diminuir a perfusão.

Atenção: perante uma deformidade, deve ser imobilizada a articulação não só acima da deformidade, como também abaixo desta. Deve ainda ser aplicada crioterapia para diminuição do edema e da dor (exceto nas situações de síndrome compartimental, em que é contraindicado) (INEM, 2013).

9. TRAUMA NA GRÁVIDA

Perante uma vítima de trauma que se encontre grávida, é importante ressaltar que existem não uma, mas sim 2 vítimas com necessidades individualizadas – a mãe e o feto. É também importante referir que a mulher grávida sofre alterações fisiológicas devido à sua condição: o seu coração comprime mais 10 a 15 vezes por minuto; a tensão arterial sofre um decréscimo de 10 a 15 mmHg; ocorre uma diminuição do volume da cavidade torácica que leva a alcalose respiratória; há um aumento do volume do sangue podendo existir anemia relativa; há uma diminuição da motilidade gastrointestinal com maior risco de vômito associado; ocorre um deslocamento anterior e superior da bexiga. Assim, perante uma vítima de trauma grávida que apresenta uma hipotensão relativa e taquicardia, deve ser assumido que esta já perdeu uma grande quantidade de volume de sangue, colocando em risco a vida do feto (ITLS, 2016).

Na mulher grávida ocorre uma diminuição do retorno venoso quando esta se encontra em decúbito dorsal, causando hipotensão. Isto ocorre porque o aumento do útero causa compressão da veia cava, diminuindo o retorno venoso ao coração, sendo esta ocorrência mais predominante após a 20ª semana de gravidez. Quando esta situação ocorre, para além de causar hipotensão e síncope na grávida, conduz também à bradicardia fetal, pelo que deve ser administrado oxigénio a alta concentração e todas as grávidas devem ser transportadas em decúbito lateral esquerdo, prevenindo tal ocorrência. Em trauma, perante a suspeita de TVM, deve realizar-se manualmente a deslocação do útero para o lado esquerdo ou inclinar o plano duro cerca de 20° a 30° para a esquerda (ITLS, 2016).

Na grávida, a entubação traqueal pode ser difícil pois há um edema dos tecidos cervicais, aumento do volume mamário e edema da glote. Deve ser dada especial atenção aos pequenos sinais, pois os sintomas de choque ocorrem tardiamente e evitar a administração de vasopressores para aumento da tensão arterial, pois estes pioram a circulação placentária, bem como de soro fisiológico (optar por lactato de ringer), pois este agrava a acidose fetal (INEM, 2013).

Atenção: caso ocorra a morte da grávida, deverá continuar a proceder-se à reanimação cardiopulmonar e proceder a cesariana urgente. A reanimação segue todos os procedimentos de SAV sem qualquer alteração.

10. CHOQUE

O choque é um processo multissistêmico que ocorre quando há uma hipoperfusão de oxigênio, eletrólitos, glicose e fluídos à unidade básica da vida, a célula (ITLS, 2016).

Os sintomas de choque são causados pela libertação de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) para a circulação. Quando a perfusão dos tecidos não é realizada de forma eficiente, é enviada uma informação para o cérebro que por sua vez informa o sistema nervoso simpático e as glândulas supra-renais, que libertam as catecolaminas. Estas hormonas por sua vez causam taquicardia, ansiedade, sudorese e vasoconstrição, podendo causar ou não, hipertensão arterial (ITLS, 2016).

Perante uma situação de choque inicial, ocorre sensação de lipotimia com sede associada devido à hipoperfusão tecidular. Posteriormente, com o evoluir da situação, irá ocorrer alteração do estado de consciência, confusão, agitação, palidez cutânea e acidose, ocorrendo hipotensão que pode originar situação de paragem cardio-respiratória. Ter em atenção que o choque precoce apresenta-se com palidez, sudorese e um pulso fraco, enquanto que o choque tardio apresenta um pulso fraco ou perda de pulso periférico (ITLS, 2016).

Tabela 4– Valores de referência de pulso periférico

<i>Pulso Periférico</i>	<i>Tensão Arterial (mmHg)</i>
<i>Radial</i>	80
<i>Femoral</i>	70
<i>Carotídeo</i>	60

(Fonte: Elaboração Própria)

Choque hipovolémico: há uma hipovolémia absoluta devido a hemorragia ou diminuição de outros fluídos. Apresenta-se com taquicardia, palidez e veias jugulares colapsadas (ITLS, 2016).

Choque distributivo: há uma hipovolémia relativa, ocorrendo vasodilatação, aumento do espaço vascular, perda de tônus muscular e interrupção do sistema nervoso simpático.

Pode ser de vários tipos: choque neurogénico (hipotensão, bradicardia, pele quente, seca e rosada, paralisia), síncope vasovagal, choque séptico (taquicardia, pele pálida ou rosada, jugulares sem alterações) ou overdose e exposição a químicos (bloqueantes dos canais de cálcio, anti-hipertensivos, nitroglicerina, entre outros) (ITLS, 2016).

Choque mecânico: pode ser obstrutivo (tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo pulmonar maciço) ou cardiogénico (enfarte agudo do miocárdio, contusão cardíaca). Tem a seguinte apresentação clínica: cianose, ingurgitamento das veias jugulares, palidez, taquicardia e diaforese (ITLS, 2016).

11. QUEIMADURAS

A pele é o maior órgão do corpo humano e funciona como barreira mecânica e de bactérias, entre o ambiente e o nosso corpo. Para além desta função, a pele é um órgão vital sensorial pois fornece informações ao cérebro acerca do ambiente, e tem um importante papel na regulação da temperatura (ITLS, 2016).

As queimaduras podem ser de natureza térmica, elétrica, química ou por radiação (INEM, 2013). Estas são caracterizadas com base na profundidade de dano tecidual e resposta da pele (região afetada). A resposta inflamatória da pele pode resultar em dano tecidual progressivo em que ao longo dos dias ocorre um aumento da profundidade da queimadura (ITLS, 2016). A gravidade das queimaduras e o prognóstico do doente dependem da extensão e profundidade da lesão, outras lesões associadas, idade da vítima, patologias prévias associadas e existência de falência aguda de órgãos ou sistemas (INEM, 2013).

O tamanho da queimadura é determinado através da utilização da regra dos nove em que o corpo é dividido em áreas que são 9% ou 18% da superfície corporal, apenas sendo contabilizadas neste cálculo as queimaduras de espessura parcial ou total. Para queimaduras menores ou irregulares, o tamanho pode ser estimado usando a superfície palmar (incluindo os dedos) da mão do doente, correspondendo esta a 1% da superfície corporal. A necessidade de administração de fluidos em doentes queimados é calculada utilizando a fórmula de *Parkland*, em que perante o resultado, deverá ser administrado metade dos fluidos nas primeiras 8 horas e o restante nas 16 horas seguintes (ITLS, 2016).

Fórmula de *Parkland* (necessidade de fluídos nas primeiras 24 horas no doente queimado) = 4 ml/kg de solução salina normal ou lactato de ringer × % superfície corporal queimada × peso (kg)

Classificação das Queimaduras (INEM, 2013):

Espessura Epidérmica – eritema da pele, mas sem lesão, apenas rubor. Não considerada no cálculo da superfície corporal queimada;

Superficial de Espessura Parcial – envolve a epiderme e parte da derme;

Profunda de Espessura Parcial – envolve a epiderme e a camada papilar da derme até à derme reticular;

Espessura Profunda Completa – envolve toda a espessura da pele;

Espessura Profunda Completa + - envolve, não só a espessura total da pele, como também, os tecidos subjacentes, como os ossos e músculos.

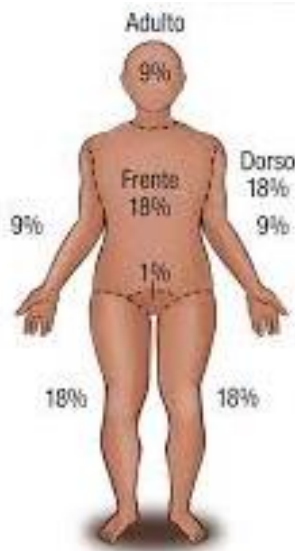


Figura XIV-

https://www.google.pt/search?q=regra+dos+9+queimaduras+adultos&rlz=1C1NDCM_pt-PTPT822PT822&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj8Iim487eAhUtz4UKHfIUdNgQ_AUIDigB&biw=1366&bih=657#imgsrc=VGxvGMTdm5RIPM

Critérios de Referenciação para Unidade de Queimados (INEM, 2013):

- Queimadura de espessura parcial ou completa em mais de 10% da superfície corporal;
- Queimadura profunda de espessura parcial em mais de 2% da superfície corporal;
- Queimadura da face, pescoço, tórax, períneos, mãos e pés;
- Queimaduras circulares do tórax e/ou membros e/ou dedos, com comprometimento da sua função;
- Queimaduras elétricas ou químicas;
- Carboxihemoglobina superior a 10%;
- Inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas;
- TCE ou músculo-esquelético;
- Queimaduras com doenças associadas, como diabetes mellitus, doença hepática, doença renal, doença cardíaca, doença neurológica, doença psiquiátrica, neoplasias ou situações de imuno-supressão.

Se existir suspeita de lesão inalatória, deve-se proceder imediatamente à entubação endotraqueal, tendo em consideração que a obstrução da via aérea superior pode ocorrer rapidamente após uma queimadura, sendo a rouquidão progressiva o seu primeiro sinal. Após algum tempo, a lesão inalatória causa edema e alteração da anatomia das estruturas respiratórias, pelo que a entubação se torna cada vez mais difícil. Assim sendo, para avaliar a existência de lesão inalatória, deve ser aplicada o Índice de *Clark* (INEM, 2013):

Tabela 6 – Índice de Clark

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Espaço Fechado	1
Dispneia	1
Alteração da Consciência	1
Rouquidão	1
Queimadura Facial	1
Expetoração carbonácea	1
Fervores/ Alteração da auscultação	1
TOTAL	7

(Fonte: Elaboração Própria)

Atenção: administrar oxigénio a alto débito a todos os doentes vítimas de queimaduras graves e administrar analgesia., preferencialmente via endovenosa. (não é garantida a absorção dos fármacos administrados via intramuscular e/ou subcutânea em doentes queimados).

12. TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÃO

Na realização das técnicas de trauma, o elemento que coordena a equipa (*team leader*), é aquele que assegura a estabilização cervical (INEM, 2012b):

Voz de Chamada: **“Atenção Equipa! Todos prontos?”**

Execução: **“À minha voz de 3...”**

Toda a imobilização deve ser em bloco e coordenada entre todos os elementos da equipa.

12.1) ESTABILIZAÇÃO MANUAL DA CABEÇA

Tem como objetivo a manutenção da região cervical alinhada e em posição neutra, sendo indicada em situações em que existe possibilidade de TCE e/ou TVM. Nesta técnica, a cabeça deve ser alinhada em posição neutra, sem realização de qualquer movimento de tração. Deve ser mantida até que se complete a imobilização mecânica da cabeça e tronco (INEM, 2012b).

Caso o doente, durante o alinhamento da cabeça em posição neutra, se queixe de agravamento da dor ou das queixas sensitivas e/ou motoras, a cabeça deverá ser imobilizada na posição em que se encontra (INEM, 2012b).



Figura XV -
https://www.google.pt/search?rlz=1C1NDCM_pt-PTPT822PT822&tbm=isch&q=estabiliza%C3%A7%C3%A3o+manual+da+cabe%C3%A7a&chips=q:estabiliza%C3%A7%C3%A3o+manual+da+cabe%C3%A7a,online_chips:trauma&sa=X&ved=0ahUKEwjHk9Trq9neAhUly4UKHYmOB8UQ4IYIKCgB&biw=1366&bih=657&dpr=1#imgsrc=O3D9-4vp2cWVpM

12.2) APLICAÇÃO DO COLAR CERVICAL

Esta técnica deverá ser realizada por 2 elementos, tendo como objetivo a colocação correta de um colar cervical, adaptada ao tamanho da vítima. É indicado quando o mecanismo de lesão sugere traumatismo da coluna cervical, sendo contraindicado em situações de trauma penetrante em que resultam objetos empalados ou hematomas expansivos na zona do pescoço (INEM, 2012b).

Técnica: o 1º elemento realiza a estabilização manual da cabeça; o 2º elemento escolhe o tamanho do colar, medindo a distância ente o ângulo da mandíbula e a base do pescoço; preferencialmente utilizar colar de 2 peças, sendo que primeiro deve ser colocada a parte anterior do colar, depois a parte posterior e por fim ajustar o colar à vítima, efetuando uma ligeira tração com os polegares na abertura traqueal da metade anterior do colar, de forma a fixar em simultâneo as fitas de velcro, prendendo-as. Durante a colocação do colar cervical, o 1º elemento mantém sempre o alinhamento em posição neutra (eixo nariz-umbigo-pés) e a imobilização da vítima (INEM, 2012b).



Figura XVI –

https://www.google.pt/search?rlz=1C1NDCM_pt-PTPT822PT822&biw=1366&bih=657&tbm=isch&sa=1&ei=1PHuW-zmCaOPlwSz8J_IDQ&q=aplica%C3%A7%C3%A3o+de+colar+cervical&oq=aplica%C3%A7%C3%A3o+de+colar+cervical&gs_l=img.3...725532.729916..730155...0.0..0.149.3181.0j27.....0....1...gws-wiz-img.....0j0i67j0i10j0i8i30j0i30j0i24.LNzTEZ1rzYA#imgsrc=EpqPJpGfxHPJUM:

12.3) ROLAMENTO

O rolamento tem como objetivo a mobilização de um vítima num dispositivo de imobilização, mantendo alinhamento manual e assegurando o movimento mínimo da coluna vertebral. A técnica de rolamento tem que ser adaptada de acordo com a posição da vítima (INEM, 2012b).

Explicação da Técnica com vítima em decúbito dorsal e utilização de 3 elementos

(INEM, 2012b):

- O 1º elemento assegura a estabilização manual da cabeça, o 2º elemento ajoelha-se na região do tórax da vítima e o 3º elemento ajoelha-se ao nível dos joelhos da vítima;
- Alinhar junto ao corpo os membros superiores e inferiores da vítima, colocando o plano duro no lado oposto aos elementos que vão intervir;
- Segurar a vítima pelos ombros e cintura pélvica, de modo simultâneo mantendo alinhamento neutro, e rolar a vítima suavemente na direção dos elementos;
- Aplicar o plano duro contra o dorso da vítima, de forma a que a sua porção terminal (zona dos pés) fique entre os joelhos e os tornozelos da vítima e a sua porção superior (zona da cabeça) fique acima da cabeça da vítima;
- Rolar a vítima para cima do plano e, em seguida, apoiar o plano no chão;
- Segurar a vítima pelos ombros, região pélvica e membros inferiores, deslocando-a ao longo do plano duro, na diagonal, até ser atingida a posição correta.

12.4) MACA SCOOP OU PLUMA

Utilizada para mobilizar uma vítima para um plano duro, mantendo a sua estabilização, assegurando alinhamento neutro e movimentação mínima da coluna. Utilizada para transferir a vítima de uma maca para outra ou para transferi-la para um dispositivo de imobilização mais adequado (INEM, 2012b).

Técnica de utilização:

- O 1º elemento assegura a estabilização manual da cabeça, assegurando o alinhamento e imobilização da vítima;
- Colocar a maca pluma aberta, junto da vítima;

- O 2º elemento agarra no ombro e na anca da vítima (os mais distantes), realizando um certo alívio e rolando-os ligeiramente para si, sendo que o 3º elemento introduz a primeira metade da maca;
- Repetir procedimento, introduzindo a outra metade da maca;
- O 2º e o 3º elemento procedem ao encerramento da maca, unido-a primeiro em cima e só depois unir junto aos pés da vítima;



Figura XVII-
<https://ambex.pt/portfolio-item/maca-pluma/>

CONCLUSÃO

A admissão de doentes vítimas de trauma na SR tem como objetivo primordial a abordagem inicial do doente, através de intervenções de ressuscitação, avaliação primária, avaliação secundária e realização de exames complementares de diagnóstico. Assim, o período de tempo que o doente permanece na SR, deve ser reduzido tanto quanto possível, devendo este ser apenas um local de passagem para estabilidade hemodinâmica (Massada, 2002).

O ENA (2007) refere que são princípios orientadores dos cuidados de enfermagem ao doente vítima de trauma, os seguintes:

- Todos os elementos, através do trabalho em equipa, devem utilizar uma abordagem sistemática e standart;
- A mortalidade dos doentes vítimas de trauma poderá ser reduzida através da formação dos enfermeiros, dotando-os de conhecimentos para a prestação de cuidados mais competentes;
- Devem ser disponibilizadas oportunidades de formação contínua aos enfermeiros, acerca dos cuidados prestados a doentes vítimas de trauma;
- Devem ser apoiados programas de prevenção, utilizando programas com base nos problemas identificados na população.

Segundo esta mesma fonte, são da responsabilidade do enfermeiro, perante um doente vítima de trauma, as seguintes funções: Determina, gere e coordena os cuidados; Estabelece e promove uma relação enfermeiro-doente; Documenta os cuidados prestados; e Avalia a investigação, incorporando os resultados mais relevantes na prática.

A elaboração do presente livro temático visa servir de conduta à prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, através de uma abordagem organizada e planeada aos doentes vítimas de trauma, admitidos na SR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATLS (2018). *Advanced Trauma Life Support – Manual do Curso de Alunos, 10ª edição*. Chicago: *American College of Surgeons*.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). *Circular Normativa número 308/18 de 22/10/18 – Nomeação da Comissão de Trauma do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE*. Faro: CHUA
- Direção Geral de Saúde (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010*.
- Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma nursing core course (TNCC): Provider manual*. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Abordagem à Vítima, Versão 2.0*. Lisboa: INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012b). *Técnicas de Extração e Imobilização de Vítimas de Trauma, Versão 2.0*. Lisboa: INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). *Emergência Trauma, Versão 1.0*. Lisboa: INEM.
- ITLS (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers, 8ª edição*. Estados Unidos da América: *American College of Emergency Physicians*.
- Massada, S. (2002). *Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa*. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João.

Ordem dos Médicos (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Acedido em <file:///D:/Nomas%20e%20Circulares/normas%20boa%20prática%20OM.pdf>, a 1 de outubro de 2018.

Word Health Organization (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. Colombia: Sociedade Panamericana de Trauma

Apêndice F – Artigo Científico: Intervenção de Enfermagem na
abordagem à pessoa politraumatizada

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM À
PESSOA POLITRAUMATIZADA
REVISÃO INTEGRATIVA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ENFOQUE A LA
PERSONA POLITRAUMATIZADA
REVISIÓN INTEGRATIVA**

**NURSING INTERVENTION IN THE APPROACH TO THE
POLYTRAUMATIZED PERSON
INTEGRATIVE REVIEW**

Débora Martins – Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B/Hematologia Clínica do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Bruna Paiva - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Maria Dulce Santiago – Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

RESUMO

Introdução: O trauma é considerado um grave problema de saúde pública, sendo definido como uma lesão por transferência de energia. A otimização dos cuidados à pessoa politraumatizada é alcançada através de uma abordagem sistematizada e organizada.

Objetivo: Identificar intervenções de enfermagem no âmbito da abordagem à pessoa politraumatizada.

Métodos: Realizada uma revisão integrativa com base na pesquisa de estudos nas bases de dados B-On e EBSCO nos últimos 6 anos (2012 – 2018). Foram selecionados 5 artigos para análise.

Resultados: A abordagem da equipa de enfermagem em situações de trauma abrange a avaliação das vítimas e execução de intervenções, através de um cuidado humanizado e avaliação das vítimas seguindo a metodologia ABCDE, através de ações articuladas, integradas e contínuas.

Conclusão: É imprescindível a atuação do enfermeiro à pessoa vítima de trauma, pelo que, é necessário haja formação dos enfermeiros de modo a adquirirem habilidades técnico-científicas, que permita um agir rápido e eficiente, consoante as necessidades de cada pessoa.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Traumatismo Múltiplo, Enfermagem em Emergência, Pacientes.

RESUMEN

Introducción: El trauma es considerado un grave problema de salud pública, siendo definido como una lesión por transferencia de energía. La optimización de los cuidados a la persona politraumatizada se alcanza a través de un enfoque sistematizado y organizado.

Objetivos: Identificar intervenciones de enfermería en el ámbito del enfoque a la persona politraumatizada.

Métodos: Se realizó una revisión integrativa basada en la investigación de estudios en las bases de datos B-On y EBSCO en los últimos 6 años (2012 - 2018). Se seleccionaron 5 artículos para análisis.

Resultados: El abordaje del equipo de enfermería en situaciones de trauma abarca la evaluación de las víctimas y la ejecución de intervenciones, a través de un cuidado humanizado y evaluación de las personas siguiendo la metodología ABCDE, a través de acciones articuladas, integradas y continuas.

Conclusión: Es imprescindible la actuación del enfermero al persona víctima de trauma, en ese sentido es necesario que los enfermeros apuesten en su formación de modo a adquirir habilidades técnico-científicas para un actuar rápido y eficiente, según la necesidad de cada persona cuidada.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Traumatismo Múltiple, Enfermería de Urgencia, Pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Trauma is considered a serious public health problem, defined as an injury by energy transfer. The optimization of multi-person care is achieved through a systematized and organized approach.

Objectives: To identify nursing interventions within the framework of the polytraumatized person approach.

Methods: An integrative review was conducted based on the study of studies in the databases B-On and EBSCO in the last 6 years (2012 - 2018). Five articles were selected for analysis.

Results: The approach of the nursing team in situations of trauma encompasses the evaluation of the victims and execution of interventions, through humanized care and person evaluation following the ABCDE methodology, through articulated, integrated and continuous actions.

Conclusion: It is imperative that nurses act as trauma person, so that nurses need to be trained in order to acquire technical and scientific skills that allow them to act quickly and efficiently, according to the needs of each person.

Keywords: Nursing Care, Multiple Trauma, Emergency Nursing, Patients.

**Apêndice G – Poster Científico: A abordagem ABCDE na Pessoa com
Cetoacidose Diabética – Intervenção de Enfermagem**

Caia Valente, Carlos Quinteiro, Delfina Martins, Maria do Ceu Marques, Patricia Perdigão
Monsieur's Society Ltd
Rua Adelaide, 46, Palmareira, 4400-109, Vila Verde, Portugal. E-mail: caia.valente@monsieurssociety.com

A Diabetes é uma das principais causas de problemas de saúde do Sistema Nacional de Saúde e a *Entidade Diabetes* (CAD) designada como "complicação aguda de Diabetes Mellitus" é caracterizada por hiperglicémias, acidose metabólica, desidratação e, mesmo, na ausência de déficiência profunda de insulina" (Bassani, Botelho, Costa, Egherberg, Mikich, & Oliveira, 2007) é uma das mais complicação mais comuns e mais graves. Trata-se, portanto, o pH do sangue apresenta valores inferiores a 7,3 e a bicarbonato sérico inferior a 18mg, resultando clinicamente em sintomas de respiração com odor acetônico ou de urina com o aroma de frutas (Gomes, Faria, Ribeiro, Horta, Amorim, & Loureiro, 2011).

Compreender a dissolução ABCDE é passo importante para a dissolução que ocorre no Boreque do Uniflaco (UE), sendo por isso, um caso de estudo.

Resumo de trabalhos, artigos de pesquisa e livros de dados científicos e eletrônicos, sendo incluídos artigos publicados nos últimos 3 anos, artigos de natureza de documentos em português da saúde, e documentos publicados pela Direção-Geral de Saúde. Ordem dos Entregues e Instituto Nacional de Estatística (INEC).

O livro é classificado e apresentado de forma, sendo por isso a melhor e a melhor dos artigos.

[illegible]

<p>Maiores</p> <p>12 anos</p> <p>Raça caucasiana</p>	<p>Condições</p> <p>Calor</p> <p>Osmose</p>
<p>Antecedentes pessoais</p> <p>Síndrome de Meniere tipo 1</p> <p>Infarto miocárdico aos 7 meses e</p> <p>Doliplegia</p>	<p>Medicação habitual</p> <p>Insulina glargina 300 U (noite)</p> <p>Insulina aspartado var 808 e</p> <p>steroides 20mg (hoje)</p>

Trigono de SCL
Autismo, der abnorme, räumliche, geistige, politische, politische u. kulturelle Interessen.

ALTERAÇÃO SUBITA DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

CALL TO THE INVESTIGATOR

Tratando a dislipidemia ABCDE, que deverá diminuir o risco a longo prazo (1999) e, portanto, não continuará no capítulo de enfermagem. A pessoa (colúmbia de sangue para análise, correção do desequilíbrio ácido-base, avaliação da função renal e hepática de diurese, reposição de líquidos endovenosos, administração de transfusão recentemente em perfusão endovenosa, correção da pressão arterial, avaliação da glicemia capilar a cada 1 a 2 horas, monitorização eletrocardiográfica e avaliação do sistema circulatório) e realizado acuradamente a familiar/pessoa significativa que acompanha o doente de forma a realizar a coleta de dados necessários e completar a avaliação social do doente.

A CAD exige uma intervenção precoce por parte do enfermeiro. Nesse sentido, a abordagem ABCDE permite que rapidamente sejam priorizadas as intervenções e aplicadas para evitar e combater a dor. O enfermeiro deve conhecer o quadro clínico da CAD para que ao aplicar a presente abordagem, tenha o suporte necessário a fim de evitar complicações.

[illegible]

Investigação: Importa observações de toda a comunidade civil.

Abstract

Amplificação: expressão elevada e prolongada, originada por uma mutação, numa expressão celular, com consequente e supérflua da expressão do gene.

Anticósmica: transições de permutação de segmentos de DNA.

Anticósmica: Colagem da cromossomo e a falta por mutação anterior de um locus. Permutação cromossômica de recombinação devida a um exemplo de estado de incompatibilidade entre os segmentos adjacentes – uma incompatibilidade de recombinação.

Associação: mutação de um único gene, originada por uma alteração de

2000年12月15日

Encephalogramas: grafías obtenidas mediante el análisis de las ondas eléctricas que se producen en el cerebro. Se emplea para diagnosticar alteraciones de la actividad eléctrica del cerebro, como epilepsia, tumores, lesiones, etc.

Source: See the accompanying table.

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

Resumo: Integrando diversas variáveis, este artigo apresenta uma análise.

Palavras-chave: Clima; contexto da organização; empresa.

Abstract: Integrating various

[illegible]

Apêndice H – Poster Científico: A Comunicação com a Pessoa Submetida
a Ventilação Invasiva

A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA

Carla Siqueira, Carlos Quintana, Silvana Martins, Patrícia Penhais, Maria de Lourdes Martins, Mestranda em Associação com Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

Introdução: A pessoa que necessita de ventilação mecânica invasiva (VMI) fica sem capacidade para comunicar oralmente. Desta modo, o processo de comunicação entre doente e enfermeiro fica comprometido, sendo necessário utilizar estratégias que contribuam para a melhor prestação de cuidados (Alves, 2012).

A comunicação é considerada fundamental no processo de cuidar, sendo indispensável na relação terapêutica, pois é através desta que nos relacionamos, interagimos e compreendemos melhor o outro prestando um cuidado humanizado e holístico atendendo às necessidades de cada pessoa (Alves, 2012).

Objetivo: Identificar quais as intervenções do enfermeiro que contribuem para o estabelecimento da comunicação com a pessoa submetida a VMI.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrónicas (B-On, EBSICO e Pubmed) em outubro de 2017, sendo incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, através da utilização de descritores em ciências da saúde (DeCS). Critérios de inclusão - estudos que incluíssem pessoas adultas (maiores de 18 anos) e que estivessem intubadas em UCI sob VMI.

Descritores: Enfermeiros, Comunicação, Ventilação Artificial e Pacientes.

Discussão dos Resultados

Rojas et al., 2014

- Movimentos sim/não, abrir/fechar a mão, perguntas simples, folhas com abecedário ou imagens que correspondem a necessidades ou sintomas, uso da escrita e uso de dispositivos ou aplicações informáticas.

Zhen et al., 2015

- Respostas de sim/não, palavras pronunciadas pelo movimento da boca, uso de papel e caneta, uso de vários tipos de quadros didáticos. Os doentes referiram como métodos preferenciais a linguagem corporal e a leitura de lábios.

Happ et al., 2015

- As consequências da VMI podem ser melhoradas através da utilização de estratégias de comunicação asséptica, como a utilização de placas de comunicação, amplificadores de audição, ferramentas de escrita e eletrónicas.

Martins & Rodrigues, 2016

- A maioria dos doentes refere a comunicação durante a intubação como "muito difícil" ou "extremamente difícil" - com os médicos (71%), com os enfermeiros (70,9%) e com família e amigos (67,8%). Os doentes consideram que, comunicar com VMI, torna-se frustrante, difícil e causa insegurança.

Dithole et al., 2016

- Os doentes apresentam menor ansiedade e stress quando os enfermeiros explicam os procedimentos a realizar. A avaliação do uso de gestos/símbolos, como estratégia de comunicação pelos enfermeiros, foi identificada em 45,9% dos processos auditados.

Conclusão: O enfermeiro que presta cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), à pessoa submetida a VMI, deve saber reconhecer alterações clínicas para que possa atuar prontamente. O doente com VMI não é capaz de comunicar verbalmente, pelo que algumas alterações clínicas, podem ser observadas através de gestos, do olhar, da expressão facial, de toda a linguagem corporal, englobando toda a linguagem verbal e não-verbal. No processo de comunicação com a pessoa submetida a VMI podem ser utilizadas diversas estratégias, devendo estas serem escolhidas e adaptadas face às necessidades de cada doente. A Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) surge como uma ferramenta de comunicação eficaz, referida em alguns estudos, no entanto, os doentes referem preferência pela utilização da linguagem corporal e leitura de lábios.

Bibliografia:

Alves A. A comunicação com pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva - Um artigo de enfermeiro. [dissertação]. Universidade Nova de Lisboa, 2012.
 Anderson, Sharda L, Hays RD, Thompson, Christopher M, et al. Communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the communication barriers. *Critical Care Medicine* 2006; 34(10):1911-16.
 Happert, Jennifer L, Hays RD, Norman J, Gray J, Bollen M, Roberts, Judith A, Paul R, George F, Lopez R, Roberts R. Quality of care interventions for among mechanically ventilated patients: effects on patient outcomes and satisfaction. *Intensive Care Medicine* 2015; 20(1):14-22.
 Dithole C, Rodrigues C. A comunicação de doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Cuidados Intensivos* 2016; 26(1):14-22.
 Martins, Mariana e Rodrigues C. Comunicação entre equipa de enfermagem e doentes com ventilação mecânica invasiva em unidade de cuidados intensivos. *Enfermagem* 2016; 26(1):14-22.
 Rojes L, Rodriguez C, Garcia R. Comunicación with mechanically ventilated in ICU: communication strategies interventions and effects on patient outcomes. *Revista de Enfermagem* 2014; 26(1):14-22.

**Apêndice I – Projeto de Formação em Serviço: Cuidados de Higiene Oral
no Doente Crítico**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018

Unidade Curricular: **ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CUIDADOS DE HIGIENE ORAL NO DOENTE CRÍTICO

Unidade de Cuidados Intermédios (UCint)

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira LG

(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Discente:

Débora Martins, nº 170531044

Setúbal, 22 de junho de 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018

Unidade Curricular: **ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO
CUIDADOS DE HIGIENE ORAL NO DOENTE CRÍTICO
Unidade de Cuidados Intermédios (UCint)
Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira LG
(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Discente:

Débora Martins, n.º 170531044

Setúbal, 22 de junho de 2018

O conhecimento é como um jardim: se não for cultivado, não pode ser colhido.

(Provérbio Africano)

III

LISTA DE SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

ARS – Administração Regional de Saúde

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CHUA – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

CHX - Clorhexidina

CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

DL – Decreto-Lei

ECG – Escala de Coma de Glasgow

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

NEWS - *National Early Warning Systems*

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

UC – Unidade Curricular

UCint – Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE ABREVIATURAS

Dr. - Doutor

Dra. – Doutora

Enf^o - Enfermeiro

Enf^a – Enfermeira

FiO₂ – Fração inspirada de oxigénio

N^o - número

p. – página

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE (CHUA)	9
1.1) Caracterização da Unidade de Cuidados Intermédios (UCint)	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
2.1) Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico	13
2.2) Procedimento de Higiene Oral - UCint	16
3. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	20
3.1) Planeamento	20
3.1.1) Resultados Esperados/Objetivos	20
3.1.2) População-Alvo	21
3.1.3) Necessidades Temáticas Identificadas	21
3.2) Execução	22
3.2.1) Descrição dos Procedimentos	22
3.3) Avaliação	22
CONCLUSÃO	23
BIBLIOGRAFIA	25
APÊNDICES	28
<i>Apêndice A – Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação em Serviço</i>	29
<i>Apêndice B – Plano de Sessão da Ação de Formação</i>	30
<i>Apêndice C – Sessão de Formação em Serviço</i>	31
<i>Apêndice D - Grelha de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço</i>	47
<i>Apêndice E – Procedimento de Atuação da Higiene Oral no Doente Crítico na UCint</i>	48

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica inserida no plano de estudos do segundo semestre do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, ano letivo 2017/2018.

O Estágio decorre na Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro. Para a sua realização defino como objetivo geral realizar uma sessão de formação em serviço de acordo com as necessidades formativas identificadas pela equipa de enfermagem do serviço onde decorre o estágio. Como objetivos específicos pretendo adquirir e consolidar conhecimentos acerca dos cuidados de higiene oral no doente crítico, analisar a temática à luz da evidência científica mais atual e apresentar o procedimento de atuação que posteriormente, após aprovação da unidade hospitalar, será aplicado na unidade.

A formação em serviço surge como forma de responder às necessidades formativas identificadas por uma equipa de profissionais, neste caso concreto, pela equipa da UCInt. Para os enfermeiros, a formação em serviço promove a análise e reflexão sobre a teoria, a prática diária e o meio em que estão inseridos, realçando a importância da execução de procedimentos e intervenções baseadas em evidência científica atual. A sua execução permite que ocorra interação entre todos os profissionais, permitindo que ocorram transformações individuais, coletivas e sistémicas, com vista à prestação de cuidados seguros e de qualidade (Menoita, 2011).

De forma a escolher o tema da sessão de formação, foi realizada uma entrevista informal à enfermeira (Enf^a) orientadora, e à enfermeira coordenadora da UCInt do CHUA – Unidade de Faro, tendo-me sido apresentado o documento do projeto de formação em serviço 2018, no qual são apresentadas as necessidades formativas anuais. Após leitura do documento, considerei pertinente abordar o tema “Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico”, pois considero este cuidado primordial, apesar de muitas vezes, ser descurado e deixado para segundo plano. A formação em serviço será dirigida aos enfermeiros da UCInt.

A saúde oral revela-se de extrema importância, pois contribui para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Em estudos realizados anteriormente foi possível comprovar que uma condição de higiene oral deficiente pode comprometer a vida de um

indivíduo, através da ocorrência de infeções (Ribeiro, 2013). Desta forma, é importante refletirmos sobre as práticas da profissão de enfermagem, tendo por base o saber-saber e o saber-fazer, mudando mentalidades através da demonstração que os cuidados devem ser sempre baseados na evidência, e que é através de pequenos e simples gestos, que é possível alcançar ganhos em saúde, em prol da pessoa cuidada.

O trabalho será apresentado na seguinte estrutura: inicialmente será realizada uma caracterização do CHUA, seguido de uma caracterização do serviço onde decorre o estágio – UCint do CHUA – Unidade de Faro. Seguidamente será realizado um enquadramento teórico da temática que será abordada na formação em serviço – cuidados de higiene oral no doente crítico, seguindo-se a apresentação do planeamento realizado para a execução da sessão. Por fim, serão apresentadas as principais conclusões obtidas com a realização do trabalho, e a bibliografia utilizada, seguindo-se em apêndice os documentos realizados no seu âmbito.

Com a sua realização, pretendo desenvolver novos conhecimentos que visem a aquisição de competências referentes ao grau de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, prestando cuidados de enfermagem de excelência, baseados na deontologia profissional e na evidência científica mais atual. Este encontra-se de acordo com o novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da *American Psychological Association (APA)*, na sua edição mais recente (6ª edição).

1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE (CHUA)

O Centro Hospitalar do Algarve (CHA), E.P.E. foi criado pelo Decreto-Lei nº 69/2013 de 17 de maio, resultando da fusão entre o Hospital de Faro, de Portimão e de Lagos. Mais tarde, no Decreto-Lei nº 101/2017 de 23 de agosto, foi alterada a designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), E.P.E., tendo sido transferidas para si as competências da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, relativamente ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS).

O CHUA é parte integrante do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e “constitui-se como uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial” (*DL n.º 101/23 de 2017*, p. 4973).

A missão do CHUA é “prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde” (*DL n.º 101/23 de 2017*, p. 4972).

O CHUA é composto pelas seguintes estruturas: Unidade de Faro, Unidade de Portimão e Unidade de Lagos, Serviços de Urgência Básica (SUB) de Vila Real de Santo António, Loulé e Albufeira e pelo CMFRS. Possui uma estrutura orgânica constituída por um conselho executivo com fiscal único. A sua organização divide-se em serviços clínicos departamentalizados, do qual fazem parte o departamento de cirurgia, departamento de emergência, urgência e cuidados intensivos, departamento materno-infantil, departamento de medicina e departamento de psiquiatria e saúde mental; em serviços clínicos não departamentalizados; serviços de apoio constituídos pelos serviços de apoio à prestação de cuidados e serviços e gabinetes de apoio à gestão e logística geral; e por comissões técnicas e órgãos consultivos (CHUA, 2016).

1.1) CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS (UCINT)

A UCInt é um serviço de internamento de medicina intensiva do CHUA – Unidade de Faro que pertence ao Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos deste hospital. Para além deste serviço, fazem ainda parte do mesmo departamento, o serviço de urgência polivalente; o serviço de medicina intensiva 1, do qual fazem parte, a sala de emergência/reanimação, a unidade de cuidados intensivos polivalente 1 (UCIP); a viatura médica de emergência e reanimação (VMER) de Faro e Albufeira; e serviços de urgência básica. Na unidade de Portimão, fazem parte deste departamento, o serviço de urgência médico-cirúrgica; o serviço de medicina intensiva 2, ao qual pertencem a sala de emergência/reanimação, a unidade de cuidados intensivos polivalente 2 (UCIP), a unidade de internamento de doentes agudos (UIDA), a VMER de Portimão; serviços de urgência básica (CHUA, 2016).

A UCInt é parte integrante do serviço de urgência do CHUA – Faro, e tem como missão a monitorização, observação e tratamento de doentes com necessidade de suporte por falência de órgãos, com exclusão de ventilação mecânica invasiva ou técnicas contínuas de substituição renal; doentes com condição clínica instável ou risco elevado de agravamento, que beneficiem de monitorização e observação mais frequente que na enfermaria; doentes que já não necessitando de cuidados intensivos ainda não estão suficientemente bem para irem para enfermaria; doentes que necessitem de vigilância pós-cirúrgica prolongada por um período de 24 horas.

A equipa de enfermagem do serviço de urgência está dividida por equipas, existindo 5 equipas distintas no serviço de urgência mais uma equipa exclusiva da UCInt. Esta equipa da unidade, por sua vez, subdivide-se em equipas, 4 no total compostas por 3 elementos cada, existindo em cada turno, um enfermeiro responsável. Para além destas equipas, a unidade dispõe ainda de 6 elementos com horário fixo, não sendo parte integrante de nenhuma das equipas acima mencionadas. Assim, no total, a UCInt dispõe de uma equipa composta por 18 enfermeiros, sendo 1 deles Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 15 enfermeiros de cuidados gerais, sendo que 1 elemento tem Pós-Graduação em cuidados intensivos e 2 elementos têm Pós-Graduação em doente crítico. A maioria dos enfermeiros possui 5 a 10 anos de experiência profissional, existindo apenas 2 elementos com tempo de trabalho inferior a 4 anos.

A equipa médica deste serviço é a mesma da UCIP 1, especialistas em medicina intensiva. Da equipa multidisciplinar, fazem também parte, 7 assistentes operacionais, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta de fala e um terapeuta ocupacional. Em cada turno, estão presentes 3 enfermeiros, 1 assistente operacional e 2 médicos.

O serviço é composto por 10 unidades, existindo em cada uma destas, uma cama, uma mesa de apoio, sistema de manga de pressão para o cateterismo arterial, monitor com os cabos colocados e verificados, que monitorize a tensão arterial não invasiva e invasiva, oxímetro, ventilador (para ventilação não invasiva, se necessário), aspirador de secreções e copo de oxigénio, ambos preparados. São critérios de admissão na UCInt os seguintes fatores: Escala de News maior ou igual a 7 ou News de 5 ou 6 após 4 a 6 horas de tratamento otimizado; necessidade de fração inspirada de oxigénio (FiO₂) maior ou igual a 40%; necessidade de ventilação não invasiva; necessidade de amins vasoativas; instabilidade circulatória devido a hipovolemia de qualquer causa; depressão do sistema nervoso central com Escala de Goma de Glasgow (ECG) maior ou igual a 9 de causa metabólica ou traumática. Devem ainda, aquando da admissão de doentes, ser considerados os seguintes fatores: diagnóstico e severidade da doença; potencial de reversibilidade e benefício (comorbilidades, baixa reserva fisiológica, prognóstico e resposta a tratamento anterior), pelo que os doentes que, não podem melhorar por se encontrarem num processo de deterioração do estado de saúde irreversível e terminal de vida, não tem indicação para admissão na unidade, devendo os cuidados serem mantidos na enfermaria.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A medicina intensiva é “uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas” (República Portuguesa, 2017, p.6).

A realização de uma sessão de formação em serviço surge de acordo com o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2011, p.8653), onde é mencionado que este é o profissional que:

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011, p. 8656), o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, possui a competência:

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O presente trabalho, aborda a temática Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico, demonstrando a importância deste cuidado de enfermagem como medida de prevenção de infeções sistémicas. Assim a sua elaboração visa, enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica, a aquisição da competência acima mencionada. Para além desta competência, com a sua realização, estou a responsabilizar-me pela minha própria aprendizagem, através de pesquisa científica e atualizada acerca da temática, contribuindo também para a aquisição de competências referentes ao grau de Mestre.

A formação em serviço é indispensável na formação contínua dos profissionais, pelo que deve acompanhar a prática profissional ao longo do seu percurso, contribuindo para a reflexão das práticas e resolução de problemas detetados nos serviços. Assim sendo, esta deve basear-se nas necessidades observadas no seio da equipa, funcionando como um momento de reflexão acerca dos cuidados prestados, contribuindo para a sua melhoria, com vista à prestação de cuidados de excelência. Ao serem refletidas as práticas adotadas, os profissionais pensam e formulam uma crítica construtiva não só sobre o seu modo de ação, como também acerca do efeito que estas causam nas pessoas de quem cuidam, melhorando assim os seus cuidados (Dewey citado por Doring e Romanowsky 2008).

Segundo a Lei de Bases da Saúde (*Lei n.º 48/90, 24 de agosto, 1990*), Base XVI, são imprescindíveis a formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente dos profissionais de saúde. Assim, a formação deverá ter por base qualificação técnico-científica, com vista a obtenção de aperfeiçoamento das intervenções profissionais, sendo que cada um é responsável pela aquisição dessa competência

Cada pessoa, é agente responsável da sua própria formação, pelo que deve, através de experiências pessoais e coletivas no seu local de trabalho, transformar as suas aprendizagens em conhecimentos pessoais. Para os enfermeiros, o quotidiano vivenciado no local de trabalho é a sua maior fonte de formação, sendo neste contexto que o enfermeiro aprofunda conhecimentos adquiridos previamente (Ferreira, 2015). Assim sendo, a formação em serviço, revela-se de enorme importância na reflexão pessoal e coletiva dos cuidados prestados, melhorando práticas diárias em prol da pessoa cuidada.

2.1) CUIDADOS DE HIGIENE ORAL NO DOENTE CRÍTICO

A higiene oral, é considerada uma prática indispensável nos cuidados de enfermagem, no entanto, nem sempre é entendida como tal, sendo vista apenas como uma intervenção que visa o conforto, pelo que é relativizada em prol de outras intervenções. Ao realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática, foi possível verificar que já existem vários estudos que demonstram evidência científica acerca da sua importância, e de que forma uma higiene oral precária pode influenciar a qualidade de vida dos indivíduos e a sua saúde.

Os cuidados de higiene oral refletem o bem-estar físico, psicológico, autoestima e saúde em geral de um indivíduo. Munro & Grap, realizaram um estudo em 2004, em que concluíram que o número de microorganismos presentes na cavidade oral aumenta desde o primeiro até ao quarto dia de internamento, pelo que a manutenção da saúde oral em doentes internados, possibilita um controlo mais eficaz de possíveis focos infecciosos em doentes comprometidos. Por sua vez, no ano 2006, Moraes, Silva, Avi, Souza, Knobel & Camargo, demonstraram que o estado geral da saúde de um doente, pode ser influenciado pela sua higiene oral; alterações que surjam na cavidade oral podem refletir-se a nível sistémico, afetando a qualidade de vida dos doentes; e que através de um controlo eficaz da higiene oral, é possível diminuir a incidência de pneumonias e outras

infecções. Posteriormente, no ano 2009, foi realizado por Amaral, Cortes & Pires um estudo comparativo entre grupos com higiene oral eficaz e grupos com higiene oral deficitária, tendo sido verificado que a higiene oral deficitária contribui para a existência de infecções, como por exemplo, pneumonias. Desta forma, é possível afirmar que, durante o internamento, é essencial que os doentes tenham cuidados de higiene oral adequados, de forma a prevenir possíveis complicações sistémicas.

A cavidade oral é composta por mais de 300 bactérias que, em condições normais, se mantem em equilíbrio. No doente crítico, existem fatores que alteram a microflora oral, provocando infecções. Estes fatores podem ser endógenos, nos quais se destaca a elevação dos níveis de enzimas proteases (capazes de quebrar ligações peptídicas entre os aminoácidos das proteínas, facilitando o processo de colonização); e fatores exógenos através do uso de equipamentos respiratórios contaminados, falta de higiene oral, alimentação entérica e deficiente higiene das mãos dos profissionais (Silveira, Maia, Gnatta & Lacerda, 2010).

Uma higiene oral inadequada contribui para o desenvolvimento de colonização por bactérias aeróbias, pelo que só através de cuidados de higiene oral adequados, é possível garantir a prevenção de infecções respiratórias, causadas por microaspirações de secreções contaminadas com microorganismos patogénicos. Orlandini & Lazzari (2012) concluíram que a higiene oral, para além de diminuir a prevalência de colonização oral patogénica, é capaz de reduzir a ocorrência de pneumonias em 50%

De forma a criar um protocolo de higiene oral no doente crítico, Munro & Grap (2004, citado em Ribeiro, 2013), descrevem 3 métodos possíveis: as intervenções mecânicas, intervenções farmacológicas e intervenções combinadas. As intervenções mecânicas são aquelas que visam a redução da placa bacteriana e remoção de microorganismos, utilizando escova e pasta dentífrica, sendo o método preferencial em doentes não intubados; na remoção da placa, podem ser utilizados antissépticos, como o bicarbonato de sódio ou o peróxido de hidrogénio, em concentrações diluídas, pois caso contrário pode causar lesões na mucosa; após a higiene, deve ser realizada aspiração de secreções orais e hidratação dos lábios. Após a realização da higiene, esta deve ser complementada com o uso de colutórios de ação antisséptica, sendo defendido o uso de clorhexidina (CHX) (Ribeiro, 2013).

A CHX é um antisséptico oral que possui propriedades bacteriostáticas, ou seja, que inibem o crescimento bacteriano, e propriedades bactericidas, que eliminam bactérias

previamente existentes. Após a sua aplicação, a CHX pode eliminar quase 100% das bactérias Gram-positivas e Gram-negativas em aproximadamente 30 segundos (Farinho, 2015). Este antisséptico não é absorvido pela pele nem pelas mucosas, logo, não são necessários ajustes das doses consoante a função renal e hepática, e tem um tempo de permanência ativa na cavidade oral de aproximadamente 12 horas (Munro & Grap, 2004). Existem estudos que defendem o seu uso em diferentes concentrações, no entanto, é defendido maioritariamente, o uso na concentração 0,2%, pois não necessita de diluição e causa menos efeitos secundários (coloração dos dentes e da língua, alterações transitórias do paladar), sendo de igual eficácia (Ribeiro, 2013).

As intervenções farmacológicas têm como objetivo a redução da placa bacteriana, o controlo da colonização oral e a remoção de microorganismos da flora oral através da administração de bactericidas tópicos (antibióticos orais tópicos), enquanto que as intervenções combinadas associam as duas intervenções previamente descritas, garantindo uma melhoria na remoção da placa bacteriana e na remoção de microorganismos patogénicos da cavidade oral (Ribeiro, 2013).

Na escolha do método de higiene oral a utilizar, o enfermeiro tem que analisar a o doente de forma individual, tendo em conta a sua situação clínica, a presença de dispositivos, a presença de dentição, risco de hemorragias, bem como todos os outros fatores que considerar pertinentes, tendo em conta a história clínica do doente cuidado.

2.2) PROCEDIMENTO DE HIGIENE ORAL - UCINT

I – DEFINIÇÃO

- Consiste num procedimento que visa o controlo eficaz da higiene oral no doente crítico, garantindo a permeabilidade da via aérea e diminuindo a incidência de infeções, nomeadamente, pneumonias.

II – OBJECTIVOS

- Manter a cavidade oral limpa;
- Reduzir a placa bacteriana;
- Remover resíduos alimentares e secreções, garantindo a permeabilidade da via aérea;
- Remover microrganismos orais que possam vir a tornar-se patogénicos;
- Prevenir e identificar complicações;
- Controlar de forma eficaz a probabilidade de ocorrência de focos infecciosos em doentes sistemicamente comprometidos;

III - INFORMAÇÕES GERAIS

Quem executa

- O enfermeiro

Frequência

- Realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia. Como o tempo de permanência ativa na cavidade oral é de aproximadamente 12 horas, preconiza-se higienização nos turnos da manhã e tarde.

IV - ORIENTAÇÕES GERAIS

- Planear a intervenção de acordo com as necessidades de cada doente, e avaliar resultados face à mesma;

- Sempre que possível, solicitar colaboração do doente, de forma a promover a sua autonomia nas atividades de vida diárias.

MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIO

- Esponja de higiene oral;
- Gluconato de Clorhexidina 0,2%;
- Copo com água;
- Toalha
- Escova de dentes e pasta dentrífica (se doente com dentição);
- Luvas não esterilizadas;
- Aspirador de secreções;
- Sondas de aspiração;
- Água bidestilada.

REGISTAR

- Data e hora da intervenção;
- Características da mucosa da cavidade oral (características da gengiva, da língua e dos dentes);
- Problemas identificados;
- Medidas adotadas na resolução dos problemas identificados.

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Colocar todo o material necessário junto do doente	1. Economizar tempo e garantir controlo de infeção
2. Higienizar as mãos	2. Prevenir contaminação, mantendo um ambiente seguro e controlado, tendo em conta os 5 certos
3. Explicar o procedimento ao doente	3. Obter colaboração do doente, sempre que possível, promovendo o autocuidado
4. Colocar material de proteção individual (avental, luvas não estéreis e máscara)	4. Para segurança pessoal durante a execução do procedimento
5. Posicionar o doente em decúbito dorsal e preparar aspirador de secreções	5. Facilitar a realização do procedimento e prevenir possível aspiração
6. Colocar uma toalha sobre o tórax do doente.	6. Promover conforto do doente
7. Se o doente apresentar dentes, escovar os mesmos, língua e gengivas com escova e pasta dentífrica. ➤ Remover pasta dentífrica com irrigação por solução salina 0,9% (se doente não consciente e não colaborante);	7. Manter a cavidade oral limpa
8. Higienizar não só a superfície dentária, como também o palato, a mucosa jugal e a língua, usando esponja de higiene oral	8. Promover a remoção de resíduos alimentares e secreções

<p>embebida em cloroheixidina 0,2% (antisséptico oral).</p> <p>9. Examinar a cavidade oral.</p> <p>10. Proceder a aspiração de secreções da orofaringe</p> <p>11. Com uma seringa de 10cc com clorhexidina 0,2% aplicar na cavidade oral ao mesmo tempo que aspira o conteúdo.</p> <p>12. Secar a face do doente</p> <p>13. Hidratar os lábios (se oxigénio, usar creme emoliente e nunca vaselina)</p> <p>14. Reposicionar o doente em decúbito lateral</p> <p>15. Recolher e arrumar todo o material utilizado</p> <p>16. Lavar as mãos.</p>	<p>9. Verificar se higiene eficaz</p> <p>10. Prevenir a aspiração de conteúdo oral para a árvore traqueobrônquica</p> <p>11. Assegurar a colocação de antisséptico oral em toda a cavidade oral, contribuindo para a prevenção de infeções.</p> <p>12. Promover conforto e bem-estar</p> <p>13. Prevenir fissuras nos lábios</p> <p>14. Promover conforto e bem-estar</p> <p>15. Prevenir contaminação, descartando material utilizado</p> <p>16. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p>
--	---

3. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A sessão de formação em serviço será realizada na UCint do CHUA – Faro e será direcionada à equipa de enfermagem desta unidade. Com a sua realização é pretendido que os profissionais possam refletir acerca da temática apresentada, à luz da evidência científica mais atual, com vista à melhoria da prestação de cuidados. É ainda pretendido apresentar um procedimento de higiene oral no doente crítico, para ser posteriormente aplicado na unidade.

O planeamento da sessão de formação em serviço, foi realizado com base nas três fases definidas por Dale & Bunney (1999) que são as seguintes: planeamento, implementação e avaliação.

3.1) PLANEAMENTO

A sessão de formação em serviço será realizada na UCint, através de método expositivo. Com a utilização do método expositivo, com auxílio de computador, eu, enquanto formadora e através de uma comunicação eficaz, apresentarei a temática em questão, desenvolvendo momentos de reflexão em equipa.

A sessão será apresentada dia 19/06/18 às 16 horas e terá uma duração de aproximadamente 30 minutos. Destina-se aos enfermeiros da unidade, bem como à professora orientadora e supervisora de estágio. Os profissionais serão informados da sua realização via e-mail e através de poster de divulgação exposto na unidade.

3.1.1) Resultados Esperados/Objetivos

A sessão de formação em serviço visa a aquisição e consolidação de conhecimentos face à temática apresentada – Cuidados de Higiene Oral no Doente crítico. Com esta sessão, pretende-se criar um momento de reflexão e partilha de conhecimentos dos enfermeiros da unidade, com vista à prestação de cuidados de excelência, em prol da segurança da pessoa cuidada.

A formação em serviço é realizada tendo em conta os seguintes objetivos:

- Adquirir e consolidar conhecimentos face à temática “Cuidados de Higiene Oral no Doente crítico;

- Demonstrar evidência científica atual acerca da temática estudada;
- Apresentar procedimento de cuidados de higiene oral no doente crítico, por mim realizado, para ser posteriormente aplicado na UCInt.

3.1.2) População-Alvo

Equipa de enfermagem da UCInt do CHUA – Unidade de Faro.

Será realizada apenas uma sessão de formação, ficando disponível na unidade o trabalho apresentado, em formato papel e digital, para consulta de todos sempre que necessário.

3.1.3) Necessidades Temáticas Identificadas

O tema da sessão de formação em serviço foi escolhido tendo por base o documento do projeto de formação em serviço 2018 da UCInt, no qual são apresentadas as necessidades formativas anuais. Após leitura deste documento, decidi apresentar a formação subordinada ao tema Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico, onde irei abordar as seguintes temáticas:

- Introdução ao tema;
 - Cavidade oral
 - Evidência científica atual sobre a importância da higiene oral
 - Métodos de higiene oral
 - Clorhexidina
 - Normas DGS
- Procedimento de Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico- UCInt;
- Síntese Conclusiva;
- Referências bibliográficas.

3.2) EXECUÇÃO

A execução e operacionalização da sessão de formação em serviço depende da motivação por parte do formador e dos formandos, assim como do cumprimento do planeamento realizado. Desta forma, é importante a realização de um planeamento de

toda a sessão e métodos de divulgação desta, para que não ocorram obstáculos face à mesma.

3.2.1) Descrição dos Procedimentos

- Reunião com a Enfª Orientadora a fim de delinear a formação a apresentar;
- Informar a professora Orientadora acerca da temática a abordar;
- Elaboração de cartaz de divulgação da sessão de formação em serviço para ser colocado no UCint;
- Elaboração de apresentação no formato power point para posterior utilização do método expositivo na formação em serviço;
- Realização de grelha de avaliação da sessão.

3.3) AVALIAÇÃO

Com a realização desta sessão de formação em serviço pretendo ir de encontro a uma das necessidades formativas identificadas pelos profissionais envolvidos, assegurando a formação em prol da prestação de cuidados de qualidade, fundamentados na evidência científica atual.

Assim, de forma a avaliar a formação por mim realizada, apresentarei no final da sessão, uma grelha de avaliação desta, verificando se a sua realização foi de encontro às expectativas e necessidades dos profissionais.

CONCLUSÃO

A formação em serviço na prática de enfermagem promove a análise e reflexão sobre a teoria, a prática diária e o meio em que os profissionais estão inseridos, realçando a importância da execução de procedimentos e intervenções baseadas em evidência científica atual. A sua execução permite que ocorra interação entre todos os profissionais, permitindo que surjam transformações individuais, coletivas e sistêmicas, com vista à prestação de cuidados seguros e de qualidade. Assim sendo, a formação em serviço deve ser realizada com base nas necessidades identificadas pela equipa, pelo que esta formação teve como temática os “Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico”.

Em estudos previamente realizados, verificou-se que uma higiene oral deficitária contribui para o agravamento de infeções previamente existentes e também para o aparecimento de novas infeções. Assim, é possível garantir, através de cuidados de higiene oral eficazes, a prevenção de infeções sistêmicas, que vão afetar a qualidade de saúde das pessoas, agravando a sua situação clínica. No doente crítico, é preconizada a higiene oral através de intervenções combinadas, incluindo a aplicação de um antisséptico oral, sendo o mais eficaz a CHX. No entanto, a escolha do melhor método de higiene oral deve ser realizada com base no doente abordado, pois cada doente possui características e necessidades específicas. Assim devem ser avaliadas a condição clínica do doente, risco de hemorragia, lesões existentes, nível de consciência, nível de sedação, presença de dentição, presença de dispositivos médicos e todos os fatores que sejam pertinentes na história da pessoa cuidada.

De forma a realçar a importância da higiene oral no doente crítico, é importante a existência de procedimentos de atuação que visem a uniformização do procedimento e seu registo. No procedimento deve constar a frequência do cuidado, os equipamentos a utilizar, o antisséptico recomendado e outras orientações, tendo em conta aquilo que é demonstrado por meio de evidência científica.

Considero que consegui alcançar o objetivo geral definido neste trabalho, que consistia em realizar uma formação em serviço acerca da temática “Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico”. Através da realização da mesma foi possível analisar e refletir a temática em questão. Os formandos consideraram tratar-se de um tema necessário e que vem dar resposta às necessidades identificadas no serviço. Foi possível encontrar evidência científica atual que suporta a importância deste cuidado, permitindo-me realizar

um procedimento de atuação para a UCint, atingindo assim os objetivos específicos delineados. De realçar, que o procedimento realizado, teve grande aceitação por parte da equipa, que considera pertinente a sua aplicação.

Através da realização deste trabalho, adquiri conhecimentos enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica, mais concretamente na competência K3, em que o enfermeiro:

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Sendo a higiene oral um cuidado de enfermagem imprescindível face ao doente internado, este revela-se ainda de maior importância quando a pessoa atravessa um período de situação crítica, tratando-se de uma medida de extrema importância no que concerne à prevenção de infeções sistémicas. Com a pesquisa e concretização deste trabalho, adquiri novos conhecimentos que contribuíram para o meu crescimento enquanto futura mestre em Enfermagem.

A adesão da equipa de enfermagem da UCint à sessão de formação em serviço realizada, foi para mim bastante gratificante e enriquecedora, uma vez que foi um momento de pura aprendizagem, em que através do conhecimento que adquiri sobre a temática, consegui interligar com a prática clínica. Para além disso, foi possível a partilha de experiências de cada formando contribuindo para prática refletida e crítica com o objetivo de prestar o melhor cuidado e conforto ao doente.

BIBLIOGRAFIA

Amaral, S., Cortes, A. & Pires, F. (2009). Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(11), 1116-1124.

American Psychological Association (2016). *Manual de estilo da APA: regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2016). Organograma – Estrutura Orgânica. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-algarve-epe/>, a 19 de maio de 2018.

Dale, B. Bunney, H. (1999). *Total Quality Manegement Blueprint*. Oxford: Blackwell Pulishers.

Decreto-Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, acedido a 10 de junho de 2018. Disponível www.pgdlisboa.pt

Decreto-Lei n.º 69/2013 de 17 de maio. *Diário da República n.º 95/2013 – I série*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 101/17 de 23 de agosto. *Diário da República n.º 162/17 – I série*. Ministério da Saúde.

Doring, T. & Romanowski, J. (2008). A reflexão em Dewey e Schon. *Revista Intersaberes*, pp. 12-14. Obtido em 10 de junho de 2018. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Joana_Romanowski3/publication/277052331_A_reflexao_em_Dewey_e_Schon/links/56fc187508ae1b40b806430f/A-reflexao-em-Dewey-e-Schoen.pdf

Farinho, J. (2015). *Higiene Oral no Doente Crítico*. Beja: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade*. [Tese] obtenção do grau de Mestre em

- Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Primeira edição. Coimbra: Formasau.
- Morais, T., Silva, A., Avi, A., Souza, P., Knobel, E. & Camargo, L. (2006). A importância da actuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(4), 412-417.
- Munro, C & Grap, M. (2004). Oral health and care in the intensive care unit: State of the science. *Am. J. Crit. Care*, 13(1), 25-34.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10 de junho de 2018 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10 de junho de 2018 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Orlandini, G. & Lazazari, C. (2012). Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes clinicamente enfermos. *Revista Gaúcha Enfermagem* 33(3), 34-41.
- República Portuguesa (2017). *Medicina Intensiva – Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ribeiro, A. (2013). *Cuidados de Saúde Oral em Doentes Hospitalizados*. [Tese] obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária. Lisboa: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Silveira, I., Maia, F., Gnatta, J. & Lacerda, R. (2010). Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. *Revista Paulista de Enfermagem*, 23(5): 697-700.

Apêndice A – Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação em Serviço



Sessão de Formação em Serviço

Cuidados de Higiene Oral ao Doente Crítico



Local: UCint – CHUA (Unidade de Faro)

Data: 19/06/2018

Hora: 16 horas

Formador: Enfermeira Débora Martins (Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica)

Apêndice B – Plano de Sessão da Ação de Formação: Higiene Oral no Doente Crítico

Ação de formação: Higiene Oral no Doente Crítico

Local: Sala de reuniões da UCint

Serviço: UCint do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Formadora: Débora Martins

Público-Alvo: Enfermeiros da UCint

Data: 19/06/2018, 16:00horas

Duração: 30 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
Objetivo Geral - Consolidar conhecimentos acerca da importância da higiene oral no doente crítico. ► Objetivos Específicos - Demonstrar evidências científicas atualizadas acerca da temática; - Apresentar procedimento de higiene oral ao doente crítico, para a Ucint.	- Objetivos Geral e Específicos; - Introdução ao tema; • Cavidade oral • Evidência científica sobre a importância da higiene oral • Métodos de higiene oral • Clorhexidina • Normas DGS - Procedimento da Higiene Oral no doente crítico- Ucint - Síntese Conclusiva; - Referências bibliográficas.	- Método Expositivo	- Computador - Projetor - Questionário de Avaliação	- Apresentação da formadora 2 minuto; - Introdução do tema e contextualização da problemática (5 minutos); - Desenvolvimento (20 minutos); - Conclusão (3 minutos); - Discussão da temática.	- Aplicação de questionário de avaliação da Sessão de Formação

Apêndice C - Grelha de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço

Sessão de Formação em Serviço – Cuidados de Higiene Oral ao Doente Crítico

APRECIÇÃO DOS FORMANDOS

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida!

Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

	Insuficiente - 1	Suficiente – 2	Bom – 3	Muito bom - 4
AVALIAÇÃO DA AÇÃO				
Divulgação da formação				
Utilidade do tema				
Objetivos da sessão				
Conteúdos/ Estrutura da sessão				
Duração da sessão				
Instalações (espaço físico, mobiliário...)				
Equipamentos e meios audiovisuais				
Domínio dos conteúdos				
Clareza da linguagem				
Esclarecimentos de dúvidas				
Capacidade de motivação				
Relacionamento com os formandos				

Apêndice J – Formação em Serviço: Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico

Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico



Formadora: Enfermeira Débora Martins
Tutora: Enfermeira Liliana Gonçalves (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
Docente Supervisora: Professora Doutora Maria Dulce Santiago

SUMÁRIO

- ▶ 1. Objetivos Geral e Específicos;
- ▶ 2. Introdução ao tema;
 - ▶ Cavidade oral
 - ▶ Evidência científica sobre a importância da higiene oral
 - ▶ Métodos de higiene oral
 - ▶ Clorhexidina
 - ▶ Normas DGS
- ▶ 3. Procedimento da Higiene Oral no doente crítico- Uciut
- ▶ Síntese Conclusiva;
- ▶ Referências bibliográficas.

OBJECTIVOS

► Objetivo Geral

- Consolidar conhecimentos acerca da importância da higiene oral no doente crítico.

► Objetivos Específicos

- Demonstrar evidências científicas atualizadas acerca da temática;
- Apresentar procedimento de higiene oral ao doente crítico, para a Uciut.

Cavidade Oral

A cavidade oral é composta por mais de 300 bactérias que, em condições normais, se mantem em equilíbrio.

No **doente crítico**, existem fatores que alteram a microflora oral, provocando infecções. Estes fatores podem ser **endógenos**, nos quais se destaca a elevação dos níveis de enzimas proteases, que facilita o processo de colonização; e fatores **exógenos** através do uso de equipamentos respiratórios contaminados, falta de higiene oral, alimentação entérica e deficiente higiene das mãos dos profissionais.

(Silveira, Maia, Gnatta & Lacerda, 2010)

Evidência Científica sobre a importância da Higiene Oral



Munro & Grap, (2004) concluíram que,

O número de organismos presentes na cavidade oral aumenta desde o primeiro até ao quarto dia de internamento, sendo a cavidade oral um dos principais reservatórios de microrganismos patogénicos

Assim, a manutenção da saúde oral em doentes internados, possibilita um controlo mais eficaz de possíveis focos infecciosos orais em doentes sistemicamente comprometidos

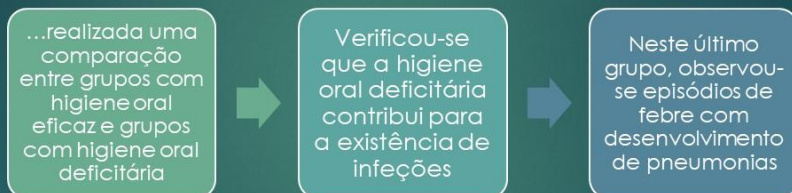
(Munro & Grap, 2004)

Por sua vez, Morais, Silva, Avi, Souza, Knobel & Camargo, 2006, confirmam que...

- ...O estado geral da saúde de um doente, pode ser influenciado pela sua higiene oral.
- Alterações que surjam na cavidade oral podem refletir-se a nível sistémico, afetando a qualidade de vida dos doentes.
- Através de um controlo eficaz da higiene oral, é possível diminuir a incidência de pneumonias e outras infeções.

(Morais, Silva, Avi, Souza, Knobel & Camargo, 2006)

Num estudo realizado por Amaral, Cortes & Pires (2009) foi...



(Amaral, Cortes & Pires, 2009)

- Uma higiene oral deficitária pode tornar a orofaringe um ambiente favorável ao desenvolvimento de microrganismos que causam ou agravam infeções previamente existentes.

Higiene Oral



Prevenção
de
Infeções

(Silveira et al, 2010)

Métodos de Higiene Oral

- Munro & Grap, num estudo realizado em 2004 (citado em Ribeiro, 2013), descrevem 3 métodos de higiene oral no doente crítico:

Intervenções Mecânicas

- Escova dentária;
- Esponjas de higiene oral;
- Escova de dentes de sucção;
- Sondas de aspiração.

Intervenções Farmacológicas

- Peróxido de hidrogénio (diluído);
- Bicarbonato de sódio (diluído);
- Benzidamina (Tantum);
- Pasta dentífrica;
- Gluconato de clorhexidina 0,2%;
- Solução salina a 0,9%;
- Antibióticos orais tópicos

Intervenções Combinadas

- Esponja de higiene oral;
- Clorhexidina 0,2%;
- Aspiração de secreções.

(Ribeiro, 2013)

Métodos de Higiene Oral

(Ribeiro, 2013)

Intervenções Mecânicas

Intervenções Farmacológicas

Intervenções Combinadas

Visam a redução da placa bacteriana e a remoção de microrganismos.

Método mais eficaz

- Escovar com pasta dentífrica.

Usada em doentes não entubados

Têm como principal objetivo a redução da placa bacteriana, o controlo da colonização bacteriana e a remoção de agentes bactericidas.

- Uso de antibióticos orais tópicos

Associam as intervenções mecânicas com as farmacológicas, através de uma ação sinérgica, melhorando a remoção da placa bacteriana.

Método preferencial no doente crítico

Métodos de Higiene Oral



- ▶ Cada doente deve ser **avaliado de forma individual**, de modo a decidir-se qual o método de higiene oral mais adequado, considerando a sua situação clínica, risco de hemorragia, lesões existentes na cavidade oral, nível de sedação, nível de consciência e presença de dentes ou dispositivos.

Clorhexidina (CHX)

Antisséptico
oral mais
eficaz

Elevado
espectro
antibacteriano

Possui
atividade
antifúngica

Ação
preventiva e
terapêutica

Existem estudos que referem o seu uso em diferentes concentrações. É maioritariamente defendido o uso na concentração 0,2%, pois não necessita de diluição e causa menos efeitos secundários, sendo de igual eficácia.

(Ribeiro, 2013)

Clorhexidina (CHX)

Possui propriedades bacteriostáticas, ou seja, que inibem o crescimento bacteriano, e propriedades bactericidas, pelo que eliminam bactérias.

Após a sua aplicação, a CHX pode eliminar quase 100% das bactérias Gram-positivas e Gram-negativas em apenas 30 segundos.

Tempo de
Permanência ativa na
cavidade oral:
aproximadamente 12
horas

(Farinho, 2015)

Normas DGS

“Todos os doentes internados em unidades de cuidados intensivos e com tubo ou cânula endotraqueal **devem ser submetidos a higiene oral,** pelo menos **três vezes por dia com gluconato de clorohexidina a 0,2%,** durante o internamento “

(DGS – Norma 018/2014 atualizada em 04/2015)

Normas DGS

“Realizar higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2%, pelo **menos 3 vezes por dia,** em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico”

(DGS - Norma nº 121/2015 atualizada em 05/2017)

Procedimento de Higiene Oral - UCInt

DEFINIÇÃO

- Consiste num procedimento que visa o controlo eficaz da higiene oral no doente crítico, garantindo a permeabilidade da via aérea e diminuindo a incidência de infeções, nomeadamente, pneumonias.

Procedimento de Higiene Oral - UCInt

Objetivos



Procedimento de Higiene Oral



INFORMAÇÕES GERAIS

Quem executa

- O enfermeiro

Frequência

- Realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia. Como tempo de permanência ativa na cavidade oral é de aproximadamente 12 horas, preconiza-se higienização nos turnos da manhã e tarde.

Procedimento de Higiene Oral

Orientações Gerais

- ▶ Planear a intervenção de acordo com as necessidades de cada doente, e avaliar resultados face à mesma;
- ▶ Sempre que possível, solicitar colaboração do doente, de forma a promover a sua autonomia nas atividades de vida diárias.

Procedimento de Higiene Oral

MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIO

- Esponja de higiene oral;

- Gluconato de Clorhexidina 0,2%;

- Copo com água;

- Toalha

- Escova de dentes e pasta dentrífica (se doente com dentição);

- Luvas não esterilizadas;

- Aspirador de secreções;

- Sondas de aspiração;

- Água bidestilada.

Procedimento de Higiene Oral

Ações de enfermagem	Justificação
1. Colocar todo o material necessário junto da unidade do doente	Economizar tempo e garantir controlo de infeção.
2. Higienizar as mãos	Prevenir contaminação, mantendo um ambiente seguro e controlado, tendo em conta os 5 certos.
3. Explicar o procedimento ao doente	Obter colaboração do doente, sempre que possível, promovendo o autocuidado
4. Colocar material de proteção individual (avental, luvas não estéreis e máscara)	Para segurança pessoal durante a execução do procedimento
5. Posicionar o doente em decúbito dorsal e preparar aspirador de secreções	Facilitar a realização do procedimento e prevenir possível aspiração
6. Colocar uma toalha sobre o tórax do doente	Promover conforto do doente

Procedimento de Higiene Oral

Ações de enfermagem	Justificação
7. Se o doente apresentar dentes, escovar os mesmos, língua e gengivas com escova e pasta dentífrica. Remover pasta dentífrica com irrigação por solução salina 0,9% ;	Manter a cavidade oral limpa
8. Higienizar não só a superfície dentária, como também o palato, a mucosa jugal e a língua, usando esponja de higiene oral embebida em clorhexidina 0,2% (antisséptico oral).	Promover a remoção de resíduos alimentares e secreções
9. Examinar a cavidade oral.	Verificar se higiene eficaz
10. Proceder a aspiração de secreções da orofaringe	Prevenir a aspiração de conteúdo oral para a árvore traqueobrônquica

Procedimento de Higiene Oral

Ações de enfermagem	Justificação
11. Com uma seringa de 10cc com clorhexidina 0,2% aplicar na cavidade oral ao mesmo tempo que aspira o conteúdo.	Assegurar a colocação de antisséptico oral em toda a cavidade oral, contribuindo para a prevenção de infeções.
12. Secar a face do doente	Promover conforto e bem-estar
13. Hidratar os lábios (atenção quando se usa O2)	Prevenir fissuras nos lábios
14. Reposicionar o doente em decúbito lateral	Promover conforto e bem-estar
15. Recolher e arrumar todo o material utilizado	Prevenir contaminação, descartando material utilizado
16. Lavar as mãos.	Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.

Procedimento de Higiene Oral

Registrar

Data e hora de intervenção;

Características da mucosa da cavidade oral;

Problemas identificados;

Medidas adotadas na resolução de problemas identificados.

Características da gengiva;

Características da língua;

Características dos dentes.

B-ICU.Care - Centro Hospitalar do Algarve

B-ICU.Care - Centro Hospitalar do Algarve

Intervenção de enfermagem

Tipo: Diagnósticos de enfermagem

Diagnóstico: Auto cuidado: higiene dependente, em grau muito elevado

Pesquisa: Pesquisar intervenções

Favoritos

- ☐ Aplicar creme
- ☒ Aplicar creme Sem data fim
- ☐ Assistir no auto cuidado: higiene de forma continua
- ☐ Barbear doente
- ☐ Dar banho na cama
- ☒ Dar banho na cama Sem data fim
- ☐ Lavar a boca
- ☒ Lavar a boca Sem data fim
- ☐ Lavar cabeça
- ☒ Lavar cabeça Sem data fim
- ☐ Lavar o perineo
- ☐ Massajar partes do corpo
- ☐ Supervisar o auto cuidado: higiene

Agendamento

Frequência

- ☐ Hora
- ☐ Dias
- ☐ Dias da Semana
- ☐ Única
- ☐ SOS
- ☐ Por Dia
- ☐ Turno Fixo
- ☐ Sem horário
- ☐ Refeições
- ☐ Dia/Hora/Turno

Início: 13-Jun-2018 22:01

Termo: ☐ Data fim. ☐ Após X interv. ☐ Sem data fim.

Observações

Apenas intervenções seleccionadas (4 registo(s))

OK Cancelar

Avisos Terapêuticos Info. Integrações

	Data fim
alterar status	
alterar status	
alterar status	
alterar status	
alterar status	
alterar status	
Sem data fim	
Sem data fim	
Sem data fim	
Sem data fim	
Sem data fim	
Sem data fim	
Sem data fim	
Sem data fim	

Bibliografia

- ▶ Amaral, S., Cortes, A. & Pires, F. (2009). Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(11), 1116-1124.
- ▶ Direção Geral de Saúde (2015, atualizada em 2017). *Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- ▶ Direção Geral de Saúde (2014, atualizada em 2015). *Prevenção e Controlo de Colinização e Infecção por Staphylococcus aureus resistente à Metilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- ▶ Farinho, J. (2015). Higiene Oral no Doente Crítico. Beja: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.


Bibliografia

- ▶ Morais, T., Silva, A., Aví, A., Souza, P., Knobel, E. & Camargo, L. (2006). A importância da actuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(4), 412-417.
- ▶ Munro, C & Grap, M. (2004). Oral health and care in the intensive care unit: State of the science. *Am. J. Crit. Care*, 13(1), 25-34.
- ▶ Ribeiro, A. (2013). *Cuidados de Saúde Oral em Doentes Hospitalizados*. Tese para obtenção do grau de Mestre. Lisboa: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.
- ▶ Silveira, I., Maia, F., Gnatta, J. & Lacerda, R. (2010). Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. *Revista Paulista de Enfermagem*, 23(5): 697-700.



Obrigada pela
atenção!

Apêndice K – Proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem:
Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p>PROCEDIMENTO DE ATUAÇÃO</p>	<p>Data: junho 2018</p>	<p>Folha 1/5</p>
<p>Assunto: Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico</p>		<p>Elaborado por: Débora Martins</p> <p>Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em enfermagem Médico- Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica</p> <p>Enfermeira Tutora: Enfª Liliana Gonçalves (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)</p>	

I - DEFINIÇÃO

- Consiste num procedimento que visa o controlo eficaz da higiene oral no doente crítico, garantindo a permeabilidade da via aérea e diminuindo a incidência de infeções, nomeadamente, pneumonias.

II - OBJECTIVOS

- Manter a cavidade oral limpa;
- Reduzir a placa bacteriana;
- Remover resíduos alimentares e secreções, garantindo a permeabilidade da via aérea;
- Remover microrganismos orais que possam vir a tornar-se patogénicos;
- Prevenir e identificar complicações;
- Controlar de forma eficaz a probabilidade de ocorrência de focos infecciosos em doentes sistemicamente comprometidos;


III - INFORMAÇÕES GERAIS

Quem executa

- O enfermeiro

Frequência

- Realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia. **Como tempo de permanência ativa na cavidade oral é de aproximadamente 12 horas, preconiza-se higienização nos turnos da manhã e tarde.**

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p>Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico</p>	<p>Data: junho 2018</p>
---	--	--------------------------------

IV - ORIENTAÇÕES GERAIS


- Planear a intervenção de acordo com as necessidades de cada doente, e avaliar resultados face à mesma;
- Sempre que possível, solicitar colaboração do doente, de forma a promover a sua autonomia nas atividades de vida diárias.

MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIO

- Esponja de higiene oral;
- Gluconato de Clorhexidina 0,2%;
- Copo com água;
- Toalha
- Escova de dentes e pasta dentrífica (se doente com dentição);
- Luvas não esterilizadas;
- Aspirador de secreções;
- Sondas de aspiração;
- Água bidestilada.

REGISTAR

- Data e hora da intervenção;
- Características da mucosa da cavidade oral (características da gengiva, da língua e dos dentes);
- Problemas identificados;
- Medidas adotadas na resolução dos problemas identificados.

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p>Cuidados de Higiene Oral no Doente Crítico</p>	<p>Data: junho 2018</p>
---	--	--------------------------------

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar todo o material necessário junto do doente 2. Higienizar as mãos 3. Explicar o procedimento ao doente 4. Colocar material de proteção individual (avental, luvas não estéreis e máscara) 5. Posicionar o doente em decúbito dorsal e preparar aspirador de secreções 6. Colocar uma toalha sobre o tórax do doente. 7. Se o doente apresentar dentes, escovar os mesmos, língua e gengivas com escova e pasta dentífrica. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Remover pasta dentífrica com irrigação por solução salina 0,9% (se doente não consciente e não colaborante); 8. Higienizar não só a superfície dentária, como também o palato, a mucosa jugal e a 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Economizar tempo e garantir controlo de infeção. 2. Prevenir contaminação, mantendo um ambiente seguro e controlado, tendo em conta os 5 certos 3. Obter colaboração do doente, sempre que possível, promovendo o autocuidado 4. Para segurança pessoal durante a execução do procedimento 5. Facilitar a realização do procedimento e prevenir possível aspiração 6. Promover conforto do doente 7. Manter a cavidade oral limpa

<p>língua, usando esponja de higiene oral embebida em clorhexidina 0,2% (antisséptico oral).</p> <p>9. Examinar a cavidade oral.</p> <p>10. Proceder a aspiração de secreções da orofaringe</p> <p>11. Com uma seringa de 10cc com clorhexidina 0,2% aplicar na cavidade oral ao mesmo tempo que aspira o conteúdo.</p> <p>12. Secar a face do doente</p> <p>13. Hidratar os lábios (se oxigénio, usar creme emoliente e nunca vaselina</p> <p>14. Reposicionar o doente em decúbito lateral</p> <p>15. Recolher e arrumar todo o material utilizado</p> <p>16. Lavar as mãos.</p>	<p>8. Promover a remoção de resíduos alimentares e secreções</p> <p>9. Verificar se higiene eficaz</p> <p>10. Prevenir a aspiração de conteúdo oral para a árvore traqueobrônquica</p> <p>11. Assegurar a colocação de antisséptico oral em toda a cavidade oral, contribuindo para a prevenção de infeções.</p> <p>12. Promover conforto e bem-estar</p> <p>13. Prevenir fissuras nos lábios</p> <p>14. Promover conforto e bem-estar</p> <p>15. Prevenir contaminação, descartando material utilizado</p> <p>16. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.</p>
--	--

BIBLIOGRAFIA

- Amaral, S., Cortes, A. & Pires, F. (2009). Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(11), 1116-1124.
- Direção Geral de Saúde (2015, atualizada em 2017). *Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014, atualizada em 2015). *Prevenção e Controlo de Colinização e Infecção por Staphylococcus aureus resistente à Metcilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Farinho, J. (2015). Higiene Oral no Doente Crítico. Beja: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.
- Morais, T., Silva, A, Avi, A., Souza, P., Knobel, E. & Camargo, L. (2006). A importância da actuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18(4), 412-417.
- Munro, C & Grap, M. (2004). Oral health and care in the intensive care unit: State of the science. *Am. J. Crit. Care*, 13(1), 25-34.
- Ribeiro, A. (2013). *Cuidados de Saúde Oral em Doentes Hospitalizados*. Tese para obtenção do grau de Mestre. Lisboa: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.
- Silveira, I., Maia, F., Gnatta, J. & Lacerda, R. (2010). Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. *Revista Paulista de Enfermagem*, 23(5): 697-700.

Apêndice L – Plano de Sessão da Formação em Serviço: Precauções
Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção

Plano de Sessão da Formação em Serviço

Ação de formação: Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção

Local: Sala de Enfermagem do Serviço de Urgência

Serviço: Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Formadora: Débora Martins

Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHUA - Faro

Data: 19/01/2019, 14:30horas

Duração: 30 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo	Avaliação
<p>► Objetivo Geral</p> <p>- Compreender a importância das precauções de controlo de infeção.</p> <p>► Objetivos Específicos</p> <p>- Identificar as precauções básicas de controlo de infeção;</p>	<p>- Objetivos Geral e Específicos;</p> <p>- Precauções Básicas de Controlo de Infecção;</p> <ul style="list-style-type: none">• Colocação dos doentes;• Higiene das mãos;• Etiqueta respiratória;• Exposição a agentes microbianos;• Utilização de EPI;	<p>- Método Expositivo</p>	<p>- Computador</p> <p>- Projetor</p> <p>- Questionário de Avaliação</p>	<p>- Apresentação da formadora 2 minutos;</p> <p>- Introdução do tema e contextualização da problemática (5 minutos);</p> <p>- Desenvolvimento (20 minutos);</p> <p>- Conclusão (3 minutos);</p>	<p>- Aplicação de questionário de avaliação da Sessão de Formação</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as precauções adicionais segundo a via de transmissão; - Compreender as diferenças existentes nos vários tipos de isolamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descontaminação do equipamento clínico; • Controlo ambiental; • Manuseamento seguro da roupa; • Recolha segura de resíduos; • Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis. <ul style="list-style-type: none"> - Precauções Adicionais; <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento de Contacto; • Isolamento por Góticulas; • Isolamento Respiratório; • Isolamento Protetor. - Considerações Finais; - Bibliografia. 			<ul style="list-style-type: none"> - Discussão da temática. 	
--	--	--	--	--	--

Apêndice M – Formação em Serviço: Precauções Básicas e Adicionais de
Controlo de Infecção

medidas simples
salvam vidas



Adapted with permission from
Canada's Hand Hygiene Campaign

PRECAUÇÕES BÁSICAS E ADICIONAIS DE CONTROLO DE INFECÇÃO

Elaborado por: Enfermeira Débora Martins

Trabalho de índole académico para a obtenção do grau de
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em
Situação Crítica, realizado sob orientação da EEMC Bruna Paiva

SAÚDE

Por dia, 12 pessoas morrem com infecções hospitalares em Portugal

Mortes associadas a infecções durante internamentos são sete vezes superiores aos óbitos por acidentes de viação em Portugal. Relatório oficial destaca a mortalidade pela primeira vez e ministério anuncia incentivos financeiros para hospitais que reduzam taxa de infecção

As mortes associadas às infecções hospitalares continuam a preocupar Portugal onde, em 2013, foram registados 4606 casos, ou seja, mais de 12 por dia. Um número que supera em sete vezes os óbitos em acidentes de viação no nosso país e que foi divulgado pela Direção Geral de Saúde (DGS), em março, pela primeira vez no relatório "Portugal-Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos 2015". Na altura, o Ministério da Saúde adiantou que, em 2017, dará incentivos financeiros aos hospitais que reduzam as infecções.

De acordo com o relatório, "a higiene das mãos por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS".

Apesar da adesão das unidades de saúde à monitorização das práticas de higiene das mãos ter vindo a aumentar de forma gradual, mais de um quarto dos profissionais de saúde não aderem à higiene das mãos, tendo em conta que, em 2016, a taxa de adesão dos profissionais à higiene das mãos foi de 73%.

In Jornal Diário de Notícias: 24/07/2016

In Jornal Sábado: 15/12/2017

Dez mil morrem devido a infeções hospitalares

Dez mil pessoas morrem por ano devido a infeções hospitalares, em cem mil que contraem doenças em ambiente hospitalar. Até 2013 a Direção-Geral da Saúde pretende reduzir em cinco mil o número de vítimas das infeções hospitalares e que a Agência Europeia para a Segurança e Saúde do Trabalho reconhece "serem um perigo especialmente alto para os profissionais da saúde".

In Jornal Correio da Manhã: 10/12/2017

CIÊNCIA & SAÚDE

A guerra às superbactérias que se trava nos hospitais portugueses

In Jornal Sábado: 24/06/2018

Infeções hospitalares "matam 12 portugueses por dia"

Situação que acarreta um custo médio 35 mil euros por doente

In TVI24: 07/08/2017



- Objetivo Geral:

Compreender a importância das precauções de controlo de infeção.

- Objetivos Específicos:

Identificar as precauções básicas de controlo de infeção;

Identificar as precauções adicionais segundo a via de transmissão;

Compreender as diferenças existentes nos vários tipos de isolamento.



PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI)

“Não há doentes
de risco, mas sim,
procedimentos de
risco”

PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI)

Colocação dos
doentes

Higiene das mãos

Etiqueta
Respiratória

Exposição a agentes
microbianos

Utilização de
Equipamento de
Proteção Individual
(EPI)

Descontaminação
do equipamento
clínico

Controlo
Ambiental

Manuseamento seguro
da roupa

Recolha Segura de
Resíduos

Práticas seguras na
preparação e
administração de
injetáveis

A aplicar em todos os
doentes, considerando que
todos se encontram
potencialmente infetados
ou colonizados

(DGS, 2013)

PBCI – COLOCAÇÃO DE DOENTES

Evitar deslocações desnecessárias entre serviços e enfermarias/local colocação da maca

Se um doente apresenta determinado risco acrescido de infeção cruzada (ex: diarreia), colocar num local que minimize o risco (ex: quarto individual, maca afastada de outros doentes).

(DGS, 2013)

PBCI – HIGIENE DAS MÃOS

(DGS, 2013)



PBCI – HIGIENE DAS MÃOS

Utilizar SABA que contenha emoliente da pele

Se mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, higiene com água e sabão

As mãos dos profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão cruzada de infeções, no próprio doente, entre doentes e do ambiente que o rodeia. É também considerada uma medida com impacto indireto no controlo da resistência aos antimicrobianos.

(DGS, 2010; DGS, 2013)

PBCI – ETIQUETA RESPIRATÓRIA

Medidas individuais que devem ser adotadas por profissionais de saúde, utentes e visitas. São medidas destinadas a conter secreções respiratórias, minimizando transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou gotículas.

Cobrir boca e nariz ao tossir/espirrar

Utilizar toalhete de uso único

Tossir/espirrar para o braço/manga

Evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca e nariz

Uso de máscara cirúrgica se sintomas de infeção respiratória

Higiene das mãos após contato com secreções



(DGS, 2013)

PBCI – UTILIZAÇÃO DE EPI



- Utilizar tamanho adequado;
- Usadas quando se prevê exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos;
- Removidas logo após cada doente e/ou após cada procedimento;
- Substituir imediatamente se rutura ou perfuração.



- Utilizar em procedimentos que envolvam contato direto com o doente;
- Protegem a farda quando é provável ocorrer contaminação;
- Substituídos entre cada doente e no final de cada procedimento.

(DGS, 2013)

PBCI – UTILIZAÇÃO DE EPI



- Utilizadas quando há risco acrescido de salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos;
- Substituídas no final de cada procedimento e entre doentes.

Não existe evidência científica que o uso por rotina em Unidades de alto Risco, funcione como forma de prevenção de infeções.



- Usar quando há risco de projeção de fluidos orgânicos para a face e durante procedimentos geradores de aerossóis (neste caso usar sempre: entubação traqueal, endoscopia brônquica, etc).

Atenção: os óculos pessoais não oferecem qualquer proteção.

(DGS, 2013)

PBCI – UTILIZAÇÃO DE EPI



- Utilizada quando existe risco de salpicos de fluídos orgânicos para a mucosa respiratória;
- Deve cobrir totalmente o nariz e a boca;
- Deve ser substituída/removida no final de cada procedimento, quando deixa de estar íntegra ou de acordo com as indicações do fabricante.



- Antiderrapante;
- Limpo;
- Deve apoiar e cobrir todo o pé, evitando a contaminação com sangue ou fluídos, bem como lesões com material corto-perfurante.

(DGS, 2013)

PBCI – DESCONTAMINAÇÃO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO

Verificar indicações do fabricante

Verificar a recomendação de produtos a utilizar e periodicidade de descontaminação

Se material reutilizável, descontaminar após contato com fluídos, após cada utilização e antes da sua manutenção/reparação

Uso Único – a embalagem contém o símbolo  : usar uma única vez e descartar;

De uso num único doente – reutilizado no mesmo doente, e depois eliminar;

Reutilizável – pode ser utilizado várias vezes e em vários doentes, tendo obrigatoriamente que ser descontaminado entre doentes e entre utilizações no mesmo doente.

(DGS, 2013)

PBCI – CONTROLO AMBIENTAL

A área clínica tem que ser segura para a prática de cuidados – limpeza e manutenção ambiental

Os profissionais devem conhecer horários e frequência da limpeza do serviço

Se derrame de sangue ou fluidos, deve proceder-se à sua limpeza imediatamente: evento de risco

O ambiente de prestação de cuidados deve manter-se limpo, seco e livre de objetos e equipamentos desnecessários. Assim, deve ser limpo regularmente, realizando a diluição do detergente em água quente imediatamente antes da limpeza.

(DGS, 2013)

PBCI – MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA

Toda a roupa utilizada, deve ser considerada contaminada

Manusear roupa usada de forma cuidadosa, evitando contaminação do ambiente e fardamento

Armazenar roupa limpa em armário fechado com prateleiras de material lavável

Os sacos de roupa suja não se devem encher para além de 2/3 da sua capacidade

(DGS, 2013)

PBCI – RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS

- Os resíduos hospitalares devem ser triados e eliminados junto ao local de produção;
- Depois de eliminados, os resíduos não devem ser manipulados;
- Os sacos de recolha de resíduos e os contentores de corto-perfurantes não devem ser cheios até mais de 2/3 da sua capacidade. Os contentores devem manter-se fechados com data de abertura e de fecho.



(DGS, 2013)

PBCI – PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

Utilizar técnica asséptica evitando contaminação do material

Utilizar, sempre que possível, embalagens de dose única para medicação injetável

Se embalagens de doses múltiplas, todo o material para aceder a esta, deve ser estéril e de uso único

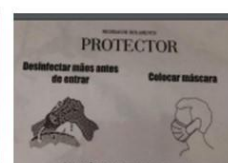
(DGS, 2013)

PBCI – Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

Os profissionais devem conhecer o procedimento em caso de exposição significativa

- Traumatismo com cortantes ou perfurantes contaminados;
- Exposição de feridas ou lesões da pele;
- Exposição das mucosas a salpicos de sangue ou fluidos orgânicos.

(DGS, 2013)



PRECAUÇÕES ADICIONAIS

ISOLAMENTO DE CONTACTO



Indicado na redução do risco de transmissão de microrganismos por:

- contato direto: envolve contato pele a pele;
- contato indireto: envolve o contato de um hospedeiro suscetível com um objeto infetado

- Placa de identificação na maca;
- Preferencialmente, optar por individualização do material (se não for possível, descontaminar de forma eficaz todo o material utilizado);
- Limitar ao estritamente necessário o movimento de doentes para outras áreas;
- Utilização de luvas e bata de manga comprida.

(DGS, 2007)

ISOLAMENTO DE CONTACTO



No serviço de urgência:

- Colocar o doente em isolamento, afastado de todos os outros, preferencialmente num dos cantos da sala;
- Proceder à sua transferência para serviço de internamento o mais precocemente possível.

Exemplos: *Clostridium difficile*; *Staphylococcus aureus*; *Enterococcus spp* resistentes à Vancomicina; *Enterobacteriaceas* resistentes às cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos ou quinolonas (ESBL) e carbapenemes (KPC) como *Klebsiella spp*, *Escherichia coli*, *Serratia spp*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*, *Providencia spp*, *Morganella spp* e *Citrobacter spp*; *Pseudomonas aeruginosa* resistente à Piperacilina, Ceftazidima e Aminoglicosídeos ou KPC; Escabiose; Pediculose.

(DGS, 2007)

ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS



Objetivo: redução do risco de transmissão de microrganismos por gotículas.

A transmissão ocorre por contato próximo, pois estas partículas só se deslocam por curtas distâncias (1 metro ou menos)

- Placa de identificação na maca;
- Limitar ao estritamente necessário o movimento de doentes para outras áreas;
- O doente deve ter colocada máscara cirúrgica;
- O profissional deve utilizar na prestação de cuidados, máscara cirúrgica e, se necessário, óculos de proteção.

(DGS, 2007)

ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS



No serviço de urgência:

- Colocar máscara cirúrgica ao doente;
- Manter o seu afastamento de outros doentes (pelo menos 1 metro);
- Transferência para enfermaria.

Exemplos: Vírus da Gripe, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, Vírus/bactérias que provocam parotidite.

(DGS, 2007)

ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO



Aplica-se a doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos que transportam partículas pelo ar. Estas partículas podem ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar ou sistemas de ventilação.

- SAI DO SERVIÇO DE URGÊNCIA RAPIDAMENTE....

- Quarto individual com pressão negativa controlada e porta fechada;
- Individualização de todos os materiais;
- O doente deve utilizar máscara cirúrgica;
- O profissional deve utilizar máscara com respirador de partículas.

(DGS, 2007)

ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO



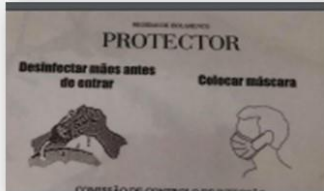
No serviço de urgência:

- Colocar máscara cirúrgica ao doente;
- Transferência para enfermaria.

Exemplos: Tuberculose pulmonar, Varicela, Sarampo, Herpes zooster disseminado, Herpes localizado em doentes imunodeprimidos

(DGS, 2007)

ISOLAMENTO PROTETOR



No serviço de urgência;

- Colocar o doente em local resguardado;
- O doente deve utilizar máscara cirúrgica;
- Utilizar máscara cirúrgica na abordagem ao doente;
- Transferência precoce para enfermaria

- Indicado em doentes com baixa imunidade

- Colocar placa de identificação na maca;
- Utilizar máscara cirúrgica na abordagem ao doente;
- Se movimentação do doente, este deve usar máscara cirúrgica

(DGS, 2007)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- De forma a prevenir a transmissão de infeções, é fulcral que todos os profissionais de saúde cumpram as precauções básicas de controlo de infeção;
- Perante um doente que necessita de medidas adicionais de isolamento no serviço de urgência, este deve ser colocado num local resguardado sem proximidade com outros doentes, preconizando-se a sua transferência para enfermaria o mais rápido possível;
- A higiene das mãos é o pilar na prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.



BIBLIOGRAFIA

- Direção Geral de Saúde (2007). Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa nº 3/DQS/DSD*.
- Direção Geral de Saúde (2013). Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). *Norma número 029/2012 atualizada a 31/10/2013*.

**Apêndice N - Poster: Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de
Infeção**

PRECAUÇÕES ADICIONAIS DE CONTROLO DE INFECÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ISOLAMENTO DE CONTACTO



- Colocar placa de identificação na marca;
- Colocar placa afastada de outros doentes, preferencialmente numa porta;
- Preferencialmente, optar por individualização do material;
- Limitar ao estritamente necessário o movimento dos doentes para diferentes áreas;
- Utilização da EPI (bata de manga comprida, luvas e outro necessário);
- Proceder à transferência do doente para serviço de internamento o mais precocemente.

ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS



- Colocar placa de identificação na marca;
- Colocar placa afastada de outros doentes, preferencialmente numa porta;
- O doente deve colocar máscara cirúrgica e ficar afastado de outros doentes pelo menos 1 metro;
- O profissional deve utilizar máscara cirúrgica e, se necessário, óculos de proteção;
- Transferência para enfermaria o mais precoce possível.

ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO



- Colocar placa de identificação na marca;
- Colocar máscara cirúrgica no doente;
- O profissional de saúde deve utilizar máscara com respirador de partículas;
- O doente sai do serviço de urgência rapidamente.

ISOLAMENTO PROTECTOR



- Colocar placa de identificação na marca;
- Colocar máscara cirúrgica no doente;
- Colocar o doente em local segregado;
- O profissional de saúde deve utilizar máscara cirúrgica na prestação de cuidados;
- Transferência precoce para enfermaria.

Elaborado por: Enfermeira Débora Martins

Trabalho de índole académico para a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Médica-Cirúrgica em Pessoas em Situação Crítica, realizado sob orientação da Enfermeira Bruna Paiva (Especialista em EMC)

**Apêndice O – Artigo Científico: A Comunicação com a Pessoa Submetida
a Ventilação Invasiva**

**A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A
VENTILAÇÃO INVASIVA**

**THE COMMUNICATION WITH THE PERSON SUBMITTED
INVASIVE VENTILATION**

**LA COMUNICACIÓN CON PERSONA SOMETIDA LA
VENTILACIÓN INVASIVA**

Carla Valente¹, Carlos Quitério², Débora Martins³, Patrícia Perdigão⁴, Maria de Lurdes Martins⁵

1 - Enfermeira no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

2 – Enfermeiro no Serviço de Ortopedia do Hospital Ortopédico Sant’iago do Outão – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE; Mestrando em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

3 - Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

4 - Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

5 – Professora Doutora do Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora.

RESUMO

Objetivo: identificar quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica que contribuem para o estabelecimento da comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

Métodos: revisão integrativa através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrônicas (B-On, EBSCO e Pubmed), sendo incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, através da utilização de descritores em ciências da saúde (DeCs).

Resultados: a adoção de estratégias de comunicação, pelos enfermeiros com a pessoa submetida a ventilação invasiva, surgem como facilitadoras pois promovem uma comunicação terapêutica, atendendo às necessidades específicas de cada doente e promovem um sentimento de satisfação por parte dos enfermeiros. **Conclusões:** A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em enfermagem em pessoa em situação crítica no processo de comunicação com a pessoa com necessidade de ventilação invasiva é realizada através de estratégias de comunicação como movimentos sim/não, perguntas simples, uso de dispositivos/aplicações informáticas, amplificadores de audição, utilização de quadros, gestos, linguagem corporal e leitura dos lábios.

Descritores: Enfermeiros, Comunicação, Ventilação Artificial e Pacientes.

ABSTRACT

Objective: identify the interventions of nurse specialist in medical-surgical with person in critical situation that contribute to the establishment of communication with the person undergoing invasive ventilation. **Methods:** integrative review through research in scientific and electronic databases (B-On, EBSCO and Pubmed), also articles included are published in the last 5 years, using the descriptors in health sciences (DeCs). **Results:** the adoption of communication strategies, by nurses with the person submitted to invasive ventilation, appear as facilitators because they promote a therapeutic communication, attending to the specific needs of each patient and promote a feeling of satisfaction on the

part of the nurses. **Conclusions:** The intervention of the specialist nurse in medical-surgical nursing in critical situations in the process of communication with the person in need of invasive ventilation is performed through communication strategies such as yes / no movements, simple questions, device / application use computer skills, amplifiers of hearing, use of pictures, gestures, body language and lip reading.

Descriptors: Nurses, Communication, Artificial Ventilation and Patients.

RESUMEN

Objetivo: identificar cuáles son las intervenciones del enfermero especialista en enfermería médico-quirúrgica en persona en situación crítica que contribuyen al establecimiento de la comunicación con la persona sometida a ventilación mecánica invasiva. **Métodos:** revisión integrativa a través de investigación en bases de datos científicas y electrónicas (B-On, EBSCO y Pubmed), siendo incluidos artículos publicados en los últimos 5 años, a través de la utilización de descriptores en ciencias de la salud (DeCs). **Resultados:** la adopción de estrategias de comunicación, por los enfermeros con la persona sometida a la ventilación invasiva, surge como facilitadoras pues promueven una comunicación terapéutica, atendiendo a las necesidades específicas de cada paciente y promueven un sentimiento de satisfacción por parte de los enfermeros. **Conclusiones:** La intervención del enfermero especialista en enfermería médico-quirúrgica en persona en situación crítica en el proceso de comunicación con la persona con necesidad de ventilación invasiva es realizada a través de estrategias de comunicación como movimientos sí / no, preguntas simples, uso de dispositivos / aplicaciones informáticas, amplificadores de audición, utilización de cuadros, gestos, lenguaje corporal y lectura de los labios.

Descriptores: Enfermeros, Comunicación, Ventilación Artificial y Pacientes.

Apêndice P – Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA –
Unidade de Faro para o Serviço de Medicina 2B

Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA – Faro para o Serviço de Medicina 2B

ELEMENTOS DA EQUIPA POR TURNO

No serviço de Medicina 2B, caso exista uma situação de catástrofe e seja ativado o respetivo Plano de Catástrofe do CHUA – Faro (Anexo 1), os elementos de serviço deverão seguir as indicações preconizadas nos cartões de ação (Apêndice 1).”

MOBILIZAÇÃO DE PESSOAL

Para efetivar o desimpedimento do espaço do SU, o Serviço de Medicina 2B é um dos serviços que primeiramente receberá os doentes em maca da área médica.

O papel do telefonista deverá ser poupado para chamadas do exterior para o hospital.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Zona das Famílias: Localiza-se no átrio do edifício do serviço, havendo neste local profissionais para o fornecimento de informação e apoio.

Zona para os filhos dos funcionários – caso seja necessário que os profissionais com filhos se apresentem ao serviço, poderão deixar os seus filhos no serviço de pediatria onde estará uma educadora que tomará conta dos mesmos.

Ponto de encontro dos profissionais – na sala de estar da UCIP para os profissionais que se encontram de serviço e no auditório para os profissionais que se deslocam do exterior.

No final da situação deverá ser realizado um *Debriefing* com todos os elementos envolvidos.

Janeiro de 2019

Realizado por: Enf.^a Carla Valente, Enf.^a Débora Martins e Enf.^a Patrícia Perdigão

Apêndice Q– Cartões de Ação do Plano de Catástrofe do CHUA –
Unidade de Faro para o Serviço de Medicina 2B

Enf. Chefe de Turno

Cartão de Ação #1

Plano de Catástrofe

CHUA – FARO

Serviço de Medicina 2B

Realizado: janeiro 2019

Prioridades

1. Articulação com o chefe de equipa de enfermagem do SU.
2. Articulação com os elementos da equipa do serviço.

Ações

1. Toma conhecimento da ativação do Plano de Catástrofe.
2. Reúne com a equipa para distribuir os cartões de ação.
3. Reorganiza a equipa de forma a colaborar com o SU na evacuação de doentes.
4. Reorganiza o serviço de forma a receber os doentes evacuados.
5. Coordena os AO na reorganização de equipamentos e materiais de apoio.
6. Colabora com a equipa na prestação de cuidados aos doentes.

INTERLOCUTORES

- Enf. Chefe de equipa do SU
- Enf. de Coordenação

PERFIL

- Enf.^a Chefe do serviço, na sua ausência Enfermeiro Chefe de turno.

Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta
2. Ajustar continuamente à realidade, com conhecimento do Enf. de Coordenação.

Prioridades

1. Articulação com o chefe de turno.
2. Avaliação das necessidades dos doentes.
3. Prestação de cuidados

Ações

1. Vigiar e avaliar possíveis sinais de agravamento do estado dos doentes.
2. Prestar cuidados de enfermagem.

Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta.

INTERLOCUTORES

- Enf. Chefe de turno do serviço.

NÃO ESQUECER

- Avaliação ABCDE.

PERFIL

- Qualquer enfermeiro.

Assistentes Operacionais

Plano de Catástrofe

CHUA – FARO

Serviço de Medicina 2B

Realizado: janeiro 2019

Cartão de Ação #3

Prioridades

1. Mostrar disponibilidade para as intervenções necessárias.

Ações

1. Prepara o serviço para receber os doentes evacuados.
2. Prepara equipamento e material de apoio.
3. Auxilia o enfermeiro.

INTERLOCUTORES

- Enfermeiros.
- Enf. Chefe de turno do serviço.

NÃO ESQUECER

- Manter a disponibilidade para ajustar o seu trabalho às necessidades do momento.

PERFIL

- Qualquer assistente operacional.

Prioridades

1. Tratamento dos doentes admitidos para tratamento.
2. Acautelar que todos os registos clínicos sejam feitos.

Ações

1. Dar alta clínica a todos os doentes que não necessitem de cuidados inadiáveis.
2. Verificar toda a documentação dos doentes.
3. Avaliar os doentes internados.

Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta.

INTERLOCUTORES

- Chefe de equipa do SU.
- Enf. Chefe de turno do serviço.
- Médico coordenador das enfermarias médicas

NÃO ESQUECER

- Avaliação ABCDE.
- Alta a todos os doentes que puderem sair.
- Requisição de transporte aos doentes com alta, se necessário.

PERFIL

- Qualquer médico (preferencialmente) do serviço.
- Qualquer interno (preferencialmente) do serviço.

Apêndice R– Cronograma Final de Atividades

2018													2019													
<u>Atividades</u>	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março			
Início do 3º semestre	19																									
Estágio Serviço Urgência Polivalente	20															25										
Diagnóstico da Situação																										
Realização e entrega PE			7																							
Preparação dos documentos e Entrega do Pedido Parecer à Comissão de Ética do CHUA-Faro				22																						
Autorização da Comissão de Ética para realizar o projeto							16																			
Aplicação do Questionário e consentimento informado																										
Atividades inerentes ao PIP																										
Formação em Serviço: Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção								21																		
Realização do Poster: Precauções Básicas e Adicionais de Controlo de Infecção no Serviço de Urgência																										
Elaboração da Norma de Procedimento de Enfermagem															22											
Elaboração do Livro temático: Uniformização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma na Sala de Reanimação															22											
Participação no III Congresso da Secção Regional do Sul da OE											4/5															
Apresentação de dois posters científicos no III Congresso da OE											5															
Apresentação do Livro Temático na SR															22											
Elaboração do documento: Plano de Catástrofe: Orientações Gerais Medicina 2B”															18											

Realização e entrega do Artigo Científico: Intervenção de Enfermagem na abordagem à Pessoa Politraumatizada - Revisão integrativa																		25										
Redação do Relatório de Estágio																												
Entrega do Relatório de Estágio																												31
Pesquisa Bibliográfica																												
Processo de Aquisição de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem.																												